



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

GLOSSÁRIO

LOURDES ALMEIDA

da Consolidação de Normas do Sistema Único de Saúde



Glossário Lourdes Almeida da Consolidação de Normas do Sistema Único de Saúde

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE

Marcelo Queiroga

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Rodrigo Otávio Moreira da Cruz

DIRETOR DE GESTÃO INTERFEDERATIVA E PARTICIPATIVA

Reginaldo Ramos Machado

PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Nísia Trindade Lima

DIRETORA DA FIOCRUZ BRASILIA

Maria Fabiana Damásio Passos

COORDENADORA DO PROGRAMA DE DIREITO SANITÁRIO

Sandra Mara Campos Alves

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – BRASÍLIA
PROGRAMA DE DIREITO SANTÁRIO – PRODISA

Glossário Lourdes Almeida da Consolidação de Normas do Sistema Único de Saúde

**Brasília — DF
2021**



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Fundação Oswaldo Cruz

Programa de Direito Sanitário

Edifício sede Fiocruz Brasília

CEP: 70904-970 – Brasília/DF

Equipe do Projeto de Pesquisa SUSLegis2 (em ordem alfabética):

Alethele de Oliveira Santos

Ana Lúcia Gurgel de Assis Gurgel

Amanda Nunes Lopes Espíñeira Lemos

Anderson Parra de Paula

Beatriz de Seixas Rodrigues

Edilenice Jovelina Lima Passos

Egon Rafael dos Santos Oliveira

Fábio Toshiro Iijima

Fernanda Vargas Terrazas

João Alberto de Oliveira Lima

Júlio César Ferreira

Katharina de Lourdes Costa Meneses

Kin Modesto Sugai

Lauro César Araujo

Leonardo Rigotii de Ávila e Silva

Leonardo Rodrigues de Souza

Letícia Rabelo Campos

Lourdes Lemos Almeida (*in memoriam*)

Luciano Davoglio Molinari

Marcelle Martins Lemos

Marcio Iorio Aranha

Maria Célia Delduque

Orlando José da Silva Júnior

Paulo César Dias Ferreira

Sandra Mara Campos Alves

Capa:

Carlos Sarina

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Glossário Lourdes Almeida da Consolidação de Normas do Sistema Único de Saúde. / Brasil.
Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Programa de Direito Sanitário –
Brasília : Ministério da Saúde, Prodisa/Fiocruz, 2021.

xx, 447 p.

ISBN: 978-65-00-15517-4

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) (SUS) 2. Brasil. Ministério da Saúde.

CDU: 614(81)(038)

CDD: 341.64

CDDir: 341.6411

Sumário

Apresentação	vii
Lista de Siglas	ix
Lista de Conceitos	1
Letra A	1
Letra B	35
Letra C	40
Letra D	112
Letra E	135
Letra F	161
Letra G	169
Letra H	185
Letra I	190
Letra K	204
Letra L	204
Letra M	210
Letra N	228
Letra O	233
Letra P	238
Letra Q	308
Letra R	310
Letra S	336
Letra T	387
Letra U	398
Letra V	405
Índice	415

Apresentação

Em 2017, o projeto de pesquisa capitaneado pelo Programa de Direito Sanitário da Fundação Oswaldo Cruz (Prodisa/Fiocruz) intitulado SUSLegis reuniu mais de 35.000 dispositivos, entre artigos, parágrafos, incisos, alíneas e itens, além de inúmeros textos não articulados originários de cerca de 700 portarias em apenas 6 portarias de consolidação que permitiram, entre outros benefícios de transparência e segurança jurídica, dar ordem à situação caótica de normatização do Sistema Único de Saúde.

Hoje as Portarias de Consolidação números 1 a 6 disciplinam os principais aspectos do Sistema Único de Saúde, de forma ordenada, embora ainda careçam de um esforço de simplificação normativa. Graças à consolidação, entretanto, sabe-se que todas as políticas nacionais de saúde do SUS encontram-se em uma única portaria, a Portaria de Consolidação PRC nº 2, as redes do SUS, na PRC nº 3, os sistemas e subsistemas do SUS, na PRC nº 4, as ações e serviços de saúde do SUS, na PRC nº 5, o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde do SUS, na PRC nº 6, bem como que as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS encontram-se reunidas e ordenadas na PRC nº 1.

Mesmo consolidada, a normatização infralegal do SUS é desafiadora em sua dimensão, que equivale ao montante de dispositivos constantes de todos os códigos brasileiros – Código Civil, Código Penal, Código do Consumidor, Código de Processo Civil, Código Tributário Nacional etc. – acrescidos de cerca de mil artigos. Não se deve, todavia, culpar o mensageiro. A Consolidação das Normas do SUS de 2017 permitiu que conhecêsssemos a quantidade faraônica de normas do SUS, sendo um primeiro e necessário passo para a simplificação da normatização do SUS, tornando-a acessível a sua destinatária, a sociedade.

A equipe do projeto SUSLegis e do subsequente projeto SUSLegis2, responsável pela consolidação das normas das secretarias do Ministério da Saúde e da Comissão Intergestores Tripartite, trabalharam incessantemente e com apoio em tecnologias de informação de última geração, para que, em paralelo à consolidação da normatização do SUS, os gestores e usuários do SUS pudessem dispor de um glossário de termos definidos pelas normas do SUS.

Nada menos que 1.808 termos, 2.314 definições e 318 siglas compõem o presente glossário, cuidadosamente referidos às fontes normativas correspondentes, tornando possível, pela primeira vez, o conhecimento integral de todas as definições normativas, com a garantia de correspondência precisa com o texto publicado no Diário Oficial da União. Tais definições iluminam o caminho do gestor, usuário e intérprete do SUS, como também pavimentam a vereda de melhoria da consistência terminológica do SUS.

Trata-se, enfim, de produto do esmero de várias mãos, mas sob a batuta, a constante revisão e imprescindível organização de uma pessoa que conquistou o respeito e admiração de todos da equipe, tendo implementado revisões preciosas, bem como refinado e burilado o produto final do glossário até os últimos dias de vida. Não há palavras que consigam representar fielmente sua real dedicação, seriedade e compromisso com o projeto. Não por acaso, o nome deste glossário carrega orgulhosamente a homenagem à colega, amiga e exemplo de força e coragem, a nossa sábia – como chamamos o seleto grupo de pesquisadoras que, no projeto, desempenham a função chave de profundas conhecedoras da história, dos fundamentos e da prática do SUS –; a saudosa e admirável Lourdes Almeida.

A Equipe do Projeto SUSLegis2

Lista de Siglas

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar à Saúde
AIDIPI Neonatal	Estratégia AIDIPI Neonatal [Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância]
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
AVD	Atividades Básicas da Vida Diária
BLH	Banco de Leite Humano (BLH)
BMT	Banco de Multitecidos
BrasilCord	Rede Nacional de Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para Transplantes de Células-Tronco Hematopoiéticas
BSCUP	Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário
BTME	Equipe Técnica em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos
BTOC	Banco de Tecido Ocular Humano
CAP	Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta Para Casa
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD IV	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV
CAP-SES	Comissão Estadual de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”
CASAI	Casa de Saúde Indígena
CAT	Comunicação de Acidentes do Trabalho
CAT-Coagulopatias	Comissão de Assessoramento Técnico às Coagulopatias, outras Doenças Hemorrágicas Hereditárias e Plaquetopatias
CAT-Doença Falciforme	Comissão de Assessoramento Técnico à Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme

CAT-Gestão Ambiental	Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão Ambiental
CAT-Gestão de Equipamentos	Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão de Equipamentos
CAT-Hemostasia	Comissão de Assessoramento Técnico ao Diagnóstico Laboratorial em Hemostasia
CAT-PDVS	Comissão de Assessoramento Técnico para a Promoção da Doação Voluntária de Sangue
CATQNHP	Comissão de Assessoramento Técnico à Qualificação Nacional da Hemorrede Pública
CAT-Sangue Raro	Comissão de Assessoramento Técnico em Sangue Raro
CAT-Talassemias	Comissão de Assessoramento Técnico às Talassemias
CBS	Comissão de Biossegurança em Saúde [do Ministério da Saúde]
CCP/CNES	Comitê Consultivo Permanente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CCP/CNES)
CCT	Comissão Corregedora Tripartite
CEBAS	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde
CECAN	Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição
CEIS	Complexo Econômico-Industrial da Saúde
CEM	Comitê de Eventos de Massa
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGBP	Casa da Gestante, Bebê e Puérpera
CGI	Comitê de Gestão de Indicadores
CGPNPS	Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde
CGSNT	Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes
CIAN	Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição
CIATox	Centro de Informação e Assistência Toxicológica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

CIHDOTTs	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CIINFO/MS	Comitê de Informação e Informática em Saúde do Ministério da Saúde
CIOCS	Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde
CIP	Comissão Intergestores do ProgeSUS [Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS]
CIPAN	Comitê Encarregado da Elaboração e Condução do Componente do Setor Saúde do Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos (CIPAN)
CIPNSP	Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CNAM	Comitê Nacional de Aleitamento Materno
CNBLH	Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano
CNCDOs Regionais	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Regionais
CNEPS	Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CNT	Central Nacional de Transplantes
COAPS	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
Comitê Técnico LGBT	Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP/CNS	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC)
Cosems	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CPBD	Comissão Permanente de Baixa e Descarte de Medicamentos, Insumos de Saúde e Materiais Irrecuperáveis
CPN	Centro de Parto Normal
CQI	Controle de Qualidade Interno
CRF	Central de Rede de Frio

CRF Ampliada	Central de Rede de Frio Ampliada
CRF Estadual	Central de Rede de Frio Estadual
CRF Estruturada	Central de Rede de Frio Estruturada
CRF Municipal	Central de Rede de Frio Municipal
CRF Nova	Central de Rede de Frio Nova
CRF Regional	Central de Rede de Frio Regional
CRIOP	Crioprecipitado
CRNBLH	Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano
CRTS	Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde
CT/BPS	Câmara Técnica Consultiva do Banco de Preços em Saúde [do Ministério da Saúde]
CTI	Comitê Temático Interdisciplinar
CTN	Câmara Técnica Nacional do Sistema Nacional de Transplantes
CTSPN	Comitê Técnico de Saúde da População Negra
CTU	Cadastro Técnico Único
Curarem	Comitê Técnico Assessor para Uso Racional de Antimicrobiano e Resistência Microbiana
DAET/SAS	Departamento de Atenção Especializada e Temática
DAF/SCTIE/MS	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DAI/SE	Departamento de Articulação Interfederativa, da Secretaria-Executiva
DCB	Denominação Comum Brasileira [Programa Farmácia Popular do Brasil]
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria
DESAI	Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde
DGMP	Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento do Sistema Único de Saúde
DLOG/SE/MS	Departamento de Logística em Saúde
DML	Depósito de Material de Limpeza
DO	Declaração de Óbito
DSAST/SVS/MS	Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
DSS	Determinantes Sociais da Saúde

EAAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
eAB	Equipe de Atenção Básica
EABF ic	Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família com Informatização e Conectividade
eABP	Equipe de Atenção Básica Prisional
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EAP	Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei
e-Gov	Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov)
EM	Evento de Massa
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
eSFF	Equipe de Saúde da Família Fluvial
eSFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
ESP	Evento de Saúde Pública
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)
Estratégia AIDPI	Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
EUM	Estudos de Utilização de Medicamentos
FN-SUS	Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS)
FTN	Formulário Terapêutico Nacional
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
GAE	Grupo de Assessoramento Estratégico
GAT	Grupo de Assessoramento Técnico
GM	Gabinete do Ministro
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
HCP	Hospital Especializado em Cuidados Prolongados
HÓRUS	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
IAE-PI	Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas
IFA	Insumo Farmacêutico Ativo

IFTDO	Incremento Financeiro para a Realização de Procedimentos de Transplantes e o Processo de Doação de Órgãos
IGH	Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)
Informatiza APS	Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde
INOVACINA	Programa Nacional de Competitividade em Vacinas
INTEGRASUS	Incentivo de Integração do SUS
IPC	Internação Psiquiátrica Compulsória
IPI	Internação Psiquiátrica Involuntária
IPV	Internação Psiquiátrica Voluntária
IPVI	Internação Psiquiátrica Voluntária Que Se Torna Involuntária
LME	Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MA	Medicina Antroposófica
MEQ	Monitoramento Externo da Qualidade
Mercosul	Mercado Comum do Sul
MIQ	Monitoramento Interno da Qualidade
MS	Ministério da Saúde
NAQH	Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
NCI	Notificação Compulsória Imediata
NCS	Notificação Compulsória Semanal
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OPO	Organização de Procura de Órgãos e Tecidos
PAAS	Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PAB	Piso da Atenção Básica
PAB Fixo	Piso da Atenção Básica Fixo
PAB Variável	Piso da Atenção Básica Variável

PAC	Plano Anual de Contratações
PAREPS	Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
ParticipaSUS	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS
PAS	Programação Anual de Saúde [no Planejamento da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)]
PB	Polo-Base
PB-I	Sede de Polo Base Tipo I
PB-II	Sede de Polo Base Tipo II
PC	Plasma Comum, Não Fresco, Normal ou Simples
PCEP	Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos
PDP	Parceria para o Desenvolvimento Produtivo
PD-RP	Preço de Dispensação - Rede Própria [Programa Farmácia Popular do Brasil]
PEC	Processo Eletrônico de Compras do Ministério da Saúde (Sin-Processo)
PFC	Plasma Fresco Congelado
PFC24	Plasma Fresco Congelado Dentro de 24 horas
PPPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PFVisa	Piso Fixo de Vigilância Sanitária
PIC	Plasma Isento do Crioprecipitado
Plano-BMT	Plano Nacional de Implantação de Bancos de Multitecidos para Transplantes
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQ-CEO	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNA-CNCDO	Plano Nacional de Apoio às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue

PNCM	Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária
PNCQES	Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia
PNDG	Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no Sistema Único de Saúde
PNEPS-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS)
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNQM	Programa Nacional de Qualidade em Mamografia
PNSF	Programa Nacional de Suplementação de Ferro
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PNTN	Programa Nacional de Triagem Neonatal
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
Política Nacional de Saúde Integral LGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PPB	Processo Produtivo Básico
PQA-VS	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
PRC	Portaria de Consolidação
PRI	Planejamento Regional Integrado [no Planejamento da Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)]
PRM-MFC	Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
PROCIS	Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde
PROCOT	Programa de Cooperação Técnica
ProgeSUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação
Programa EpiSUS	Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde
PROJETO SUPORTE	Projeto de Estruturação e Qualificação dos Serviços Existentes de Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação Pós-Operatória no Sistema Único de Saúde

Pronas/PCD	Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência
Pronon	Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica
PV-AT	Preço de Venda - Aqui Tem [Programa Farmácia Popular do Brasil]
PVVisa	Piso Variável de Vigilância Sanitária
PVVS	Piso Variável de Vigilância em Saúde
QualiCito	Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito)
QUALIDOTT	Programa Nacional de Qualificação para a Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
QUALIFAR-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde - QUALIFAR-SUS
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
REBRACIM	Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
REDOME	Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea
REGESUS	Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde
REMATO	Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos
RENACORD	Registro Nacional de Doadores de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário
RENACORDE	Registro Nacional de Células Tronco Hematopoiéticas
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RENEM	Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis
RENEZIKA	Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas
REREME	Registro Brasileiro de Receptores de Medula Óssea
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde

RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RNPAVC	Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral
RNPC	Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino
RNPCC	Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer
RNPDC	Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares
RNPDN	Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas
RNPPS	Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde
RNPS	Rede Nacional de Pesquisa em Saúde
RNTC	Rede Nacional de Terapia Celular
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica [do Ministério da Saúde] (SAGE)
SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS)
SAMU 192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
Saúde Legis	Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis)
SCTIE/MS	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde
SCUP	Sangue de Cordão Umbilical e Placentário
SDM	Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama
SE	Sala de Estabilização
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAI/MS	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP)
SIH	Sistema de Informação Hospitalar

SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM)
SIMAPES	Sistema de Mapeamento em Educação na Saúde
SINAPI	Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil
Siops	Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops)
SIPNASS	Sistema de Informação [Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde]
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)
SISAN	Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional
SISAUD/SUS	Sistema de Auditoria do SUS
SISCAN	Sistema de Informação de Câncer (SISCAN)
SISLAB	Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SOMASUS	Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde
SRC	Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TAA	Terapia Assistida por Animais
TAS	Termo de Ajuste Sanitário
TCEP	Termo de Cooperação entre Entes Públícos (TCEP)
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TCTH	Transplante de Células-tronco Hematopoéticas
Telessaúde Brasil 2. etapa	Conclusão da Segunda Etapa do Projeto Telessaúde Brasil
Telessaúde Brasil Redes	Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSI	Unidade Básica de Saúde Indígena

UBSI TIPO I	Unidade Básica de Saúde Indígena Tipo I
UBSI TIPO II	Unidade Básica de Saúde Indígena Tipo II
UBSI TIPO III	Unidade Básica de Saúde Indígena Tipo III
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UCO	Unidade de Terapia Intensiva Coronariana
UP	Unidade de Produto [Programa Farmácia Popular do Brasil]
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VEH	Vigilância Epidemiológica Hospitalar
VIGIPOS	Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária
VIR	Veículo de Intervenção Rápida
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador
VR	Valor de Referência [Programa Farmácia Popular do Brasil]

Lista de Conceitos

Letra A

Abordagem Multiprofissional e Interdisciplinar

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a assistência prestada por equipe constituída por profissionais de especialidades diferentes, que desenvolve processo terapêutico centrado em objetivos hierarquizados, de acordo com as incapacidades apresentadas pelo paciente. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Abuso

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, a terminologia empregada para definição de abuso será: I – Abuso financeiro aos idosos: exploração imprópria ou ilegal e ou uso não consentido de recursos financeiros de um idoso; II – Abuso físico ou maus-tratos físicos: uso de força física que pode produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade; III – Abuso psicológico ou maus-tratos psicológicos: agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social; IV – Abuso sexual: ato ou jogo sexual que ocorre em relação hétero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças; Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

Ação Básica de Reabilitação

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a ação que visa minimizar as limitações e desenvolver habilidades, ou incrementá-las, compreendendo avaliações, orientações e demais intervenções terapêuticas necessárias, tais como: prevenção de deformidades, estimulação para pessoas com distúrbios da comunicação, prescrição e fornecimento de próteses etc. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Ação Complexa de Reabilitação

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, ação que se utiliza de tecnologia

apropriada com o objetivo de conseguir maior independência funcional da pessoa com deficiência. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Ação Corretiva [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, atividade realizada, relativamente aos serviços de hemoterapia, para eliminar a causa de uma não conformidade existente ou outra situação indesejável a fim de prevenir recorrência. Fonte: *inciso I do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Ação de Saúde na Atenção Básica

1. No âmbito dos Mecanismos para a Organização e a Implantação de Redes Estaduais/Municipais de Atenção à Hanseníase, compreende ação de caráter individual e coletivo de promoção e prevenção de incapacidade, resultantes da Hanseníase que possam ser realizadas neste nível de atenção, assim como ação informativa e educativa junto à comunidade de orientação familiar e encaminhamentos quando necessário para o Serviço de Atenção à Hanseníase na Média Complexidade. Fonte: *parágrafo 1º do art. 180 da PRC GM/MS nº 5.*

Ação e Serviço da Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar

1. No âmbito dos Elementos Informativos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, para fins das Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Especializada (Ambulatorial e Hospitalar), considerando a lógica operacional da hierarquização e da regionalização das ações e serviços de saúde, os pontos de atenção especializada são essenciais para a garantia da integralidade do cuidado aos trabalhadores portadores de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Assim, diagnóstico, tratamento e reabilitação desses agravos devem ser viabilizados na rede, conforme o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde do trabalhador em cada região. Fonte: Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.

Ação e Serviço da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS)

1. No âmbito de Operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica, as ações e serviços da Atenção Básica, deverão seguir padrões essenciais e ampliados: I – Padrões Essenciais: ações e procedimentos básicos

relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e II – Padrões Ampliados: ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Ação ou Serviço de Saúde

1. No âmbito da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a ação ou serviço com acesso mediante encaminhamento de serviço próprio do SUS corresponde à ação ou serviço que exige encaminhamento realizado por um serviço próprio do SUS (público municipal, estadual ou federal). Fonte: *inciso II do caput do art. 20 da PRC GM/MS nº 1.*
2. No âmbito da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a ação ou serviço com acesso garantido mediante autorização prévia de dispositivo de regulação corresponde à ação ou serviço provido mediante autorização prévia de dispositivo de regulação de acesso (central de regulação, complexo regulador ou outro dispositivo incumbido de regulação de acesso, coordenação de cuidado ou controle de fluxo de pacientes entre serviços de saúde). Fonte: *inciso III do caput do art. 20 da PRC GM/MS nº 1.*
3. No âmbito da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a ação ou serviço com acesso mediante procura direta pelos usuários corresponde à ação ou serviço com acesso livre para o usuário, sem exigência de qualquer tipo de encaminhamento ou mecanismo de regulação de acesso, considerando as portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços, conforme definido no artigo 9º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Fonte: *inciso I do caput do art. 20 da PRC GM/MS nº 1.*
4. No âmbito da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a ação ou serviço com exigência de habilitação corresponde à ação ou serviço com exigência de autorização pelo gestor municipal, estadual ou federal para que um estabelecimento de saúde já credenciado ao SUS passe a realizar procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS, conforme estabelecido pela Portaria nº 414/SAS/MS, de 11 de agosto de 2005. Fonte: *inciso IV do caput do art. 20 da PRC GM/MS nº 1.*
5. No âmbito da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, com intervenções individuais, em grupo e na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância, corresponde à ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, mesmo que suas intervenções sejam feitas sobre indivíduos, grupos ou na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância. Fonte: *inciso VI do caput do art. 20 da PRC GM/MS nº 1.*
6. No âmbito da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a ação ou serviço com indicação e autorização prevista em protocolo clínico ou diretriz terapêutica nacional corresponde à ação ou serviço que contam com protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas nacionais específicos, conforme o inciso II do art. 19-N e art. 19-O da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Fonte: *inciso V do caput do art. 20 da PRC GM/MS nº 1.*

Ação Preventiva [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, ação tomada, relativamente aos serviços de hemoterapia, para reduzir o potencial de não conformidades ou outras situações indesejáveis. Fonte: *inciso II do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

ACE ver Agente de Combate às Endemias

Acessibilidade Hospitalar

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, condição para utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos do hospital por uma pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida. Fonte: *inciso I do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Acesso

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, a unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo

de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo o acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente à necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.

Acesso Universal

1. No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Fonte: Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.

Ver também: Princípio da Universalidade .

Acidente Ligado ao Trabalho [Agravio a Saúde Relacionado ao Trabalho]

1. No âmbito do Preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em Casos de Quadro Compatível com Causas Externas e com Doenças e Acidentes Relacionados ao Trabalho, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação; o acidente sofrido no local e no horário do trabalho em consequência de: a) Ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiros ou companheiros de trabalho; b) Ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho; c) Ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiros ou de companheiro de trabalho; d) Ato de pessoa privada do uso da razão; e) Desabamento, inundações, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior; a doença proveniente de contaminação accidental do empregado no exercício

de sua atividade; o acidente sofrido pelo segurado, ainda que fora do local e horário de trabalho: a) Na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa; b) Na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito; c) Em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por estar dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado; d) No percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado. Fonte: Anexo XLIX da PRC GM/MS nº 5.

Ver também: Doença Profissional [Agravio a Saúde Relacionado ao Trabalho], Doença do Trabalho [Agravio a Saúde Relacionado ao Trabalho] e Agente Causador [Agravio a Saúde Relacionado ao Trabalho].

Ações de Caráter Intersetorial Destinadas à Reabilitação Psicosocial Desenvolvidas em Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

1. Ações que objetivam a inclusão produtiva, a formação e a qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Fonte: parágrafo 1º do art. 12 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.

Ações e Serviços de Promoção da Saúde

1. No âmbito dos procedimentos relativos à certificação de entidades beneficiantes de assistência social na área de saúde (CEBAS), são consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades voltadas para redução de risco à saúde a prevenção da malária que reveste-se de importância epidemiológica, por sua gravidade clínica e elevado potencial de disseminação, em áreas com densidade vetorial que favoreça a sua transmissão, sendo consideradas, para fins de certificação, as seguintes ações: a) realizar ações de educação em saúde e de mobilização da comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores; b) identificar sintomas da malária e encaminhar o paciente à unidade de saúde; c) promover o acompanhamento dos pacientes em tratamento; d) coletar lâminas de sítomáticos, e enviá-las ao profissional responsável para leitura e, quando não for possível esta coleta de lâmina, encaminhar as

- pessoas para a Unidade Básica de Saúde; e) orientar medidas de proteção individual, tais como uso de repelentes, uso de roupas e acessórios apropriados para diminuir o contato vetor homem, uso de mosquiteiros e cortinas impregnados ou não com inseticidas e tela-gem das portas e janelas das casas. Fonte: *inciso VII do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*
2. No âmbito dos procedimentos relativos à certificação de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (CEBAS), são consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades voltadas para redução de risco à saúde a prevenção e o controle da dengue, sendo consideradas, para fins de certificação, as ações que impeçam que o mosquito se prolifere, interrompendo seu ciclo de reprodução, ou seja, impedindo que os ovos sejam depositados em locais com água limpa e parada, entre as quais destacam-se: a) atuar junto aos domicílios, informando aos seus moradores sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue no domicílio e peridomicílio, chamando a atenção para os criadouros mais comuns na sua área de atuação; b) orientar e acompanhar o morador na remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos, e caso seja necessário, remover mecanicamente os ovos e larvas do mosquito; c) orientar a população sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco quanto à formação de criadouros do "Aedes aegypti"; d) promoção de educação em saúde até que a comunidade adquira conhecimentos e consciência do problema e passe a mudar o comportamento, mantendo as residências livres do vetor. Fonte: *inciso VI do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*
3. No âmbito dos procedimentos relativos à certificação de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (CEBAS), são consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades voltadas para redução de risco à saúde a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito que, para fins de certificação, serão consideradas: a) as atividades desenvolvidas no escopo da redução dos fatores de risco e reforço dos fatores de proteção relativos à segurança viária compreendendo práticas educativas voltadas a todos os segmentos populacionais; b) a promoção de discussões intersetoriais que incorporem ações educativas à grade curricular de todos os níveis de formação; c) articulação de agendas e instrumento de planejamento, programação e avaliação, dos setores diretamente relacionados ao problema; e d) apoio às campanhas de divulgação em massa dos dados referentes às

mortes e sequelas provocadas por acidentes de trânsito. Fonte: *inciso X do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*

4. No âmbito dos procedimentos relativos à certificação de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (CEBAS), são consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades voltadas para redução de risco à saúde, desenvolvidas em áreas como prática corporal e atividade física, devendo ser contínuos e sistemáticos, excetuadas as ações de treinamento desportivo, sendo consideradas, para fins de certificação, ações como: a) ações de condicionamento físico relacionado à saúde; b) ações de orientação para a prática de atividade física; c) ações de mobilização comunitária; d) ações de produção e veiculação de informações; e) ação de capacitação técnica para apoio e aconselhamento. Fonte: *inciso II do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*
5. Estímulo a promoção da saúde como parte da integridade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articuladas com as demais redes de proteção social, abrangendo atividades voltadas para adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, para o favorecimento da mobilidade humana e a acessibilidade e promovendo a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios. Fonte: *inciso II do caput do art. 6º da Resolução MS 588 de 12/07/2018.*
6. No âmbito dos procedimentos relativos à certificação de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (CEBAS), são consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades voltadas para redução de risco à saúde a prevenção da violência que, para fins de certificação, serão consideradas aquelas com o objetivo de prevenir a violência e promover a cultura de paz e os direitos humanos as atividades desenvolvidas com vistas à minimização de fatores de risco e reforço aos fatores de proteção individuais ou coletivos, sendo que as atividades devem envolver todos os segmentos populacionais com ênfase naqueles de maior vulnerabilidade às violências, dentre elas compreendidas: a) as ações de orientação e apoio às pessoas em situação vulnerabilidade para as violências; garantia e promoção de direitos humanos; b) promoção do protagonismo juvenil; c) fortalecimento de vínculos comunitários e sociais; d) iniciativas de geração de renda e inclusão social pelo trabalho para pessoas em situação de vulnerabilidade; e) iniciativas de inclusão social por meio da ação cultural, esportiva e de lazer; f) iniciativas de mediação de conflitos, diálogos sobre respeito à diversidade e à prática dos direi-

- tos humanos; g) fortalecimento da rede nacional de prevenção da violência. Fonte: *inciso XI do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*
7. No âmbito de procedimento relativo à certificação de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (CEBAS), são consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades voltadas para redução de risco à saúde a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas: entre estas atividades estão compreendidas: a) práticas educativas e sensibilizadoras, voltadas para a população em todos os ciclos de vida, quanto ao uso abusivo de álcool e outras drogas e suas consequências para a saúde que estimulem a percepção, a reflexão e a articulação das pessoas frente à temática em questão, de forma pragmática e responsável, considerando a autonomia e empoderamento dos sujeitos; b) iniciativas de redução de danos pelo consumo prejudicial de álcool e outras drogas envolvendo a corresponsabilização e autonomia da população; c) desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania e redução do estigma associado aos usuários de álcool e outras drogas; d) iniciativas de geração de renda e inclusão social pelo trabalho para pessoas em situação de vulnerabilidade social; e e) outras atividades de promoção e prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas pactuadas com o gestor do SUS. Fonte: *inciso IX do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*
8. No âmbito dos procedimentos relativos à certificação de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (CEBAS), são consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades voltadas para redução de risco à saúde desenvolvidas em áreas como prevenção ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e às hepatites virais que incluem: a) promoção da saúde e prevenção da transmissão do HIV, das hepatites B e C, da sífilis e de outras DSTs, realizadas nos serviços: 1. oferta à população de exames necessários para diagnóstico sorológico de HIV, sífilis e hepatites B, C e D; 2. aconselhamento pré e pós testagem; 3. aconselhamento individual e/ou coletivo no pré-teste; 4. aconselhamento individual no pós-teste; 5. aconselhamento para casais, inclusive casais soropositivos e sorodiscordantes, no campo do planejamento familiar (reprodução assistida); 6. aconselhamento continuado para pessoas que aguardam os resultados de exames (HIV, sífilis, hepatites) e também para PVHA, portadores de hepatites e seus familiares, até que sejam encaminhados e atendidos nos serviços de referência para tratamento e para grupos e segmentos populacionais específicos; 7. disponibilização dos insumos estratégicos de prevenção, como preservativos masculinos de 49 e 52 mm; preservativos femininos para mulheres usuárias do serviço, especialmente para aquelas vivendo com HIV/aids, profissionais do sexo, portadoras de DST, usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas; gel lubrificante para profissionais do sexo, travestis e homens que fazem sexo com homens, pessoas vivendo com HIV/aids e mulheres que apresentem demanda específica; 8. kits para redução de danos, cuja composição deve ser feita de acordo com a realidade de uso de drogas do contexto em que o Centro de Testagem e aconselhamento está inserido; atividades educativas; disponibilização de material educativo e informativo; captação de segmentos populacionais mais vulneráveis por meio de mídias de comunicação; orientação sobre uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos, inclusive com disponibilização de kits para redução de danos; e 9. atividades educativas em instituições como, por exemplo, escolas, instituições comunitárias de base, empresas, presídios, etc; b) Unidade de Testagem Móvel: 1. realização da testagem em campo, com aconselhamento e atividades de orientação preventiva; 2. disponibilização de insumos de prevenção; 3. disponibilização de material informativo/educativo; e 4. orientação sobre uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos, inclusive com disponibilização de kits para redução de danos. Fonte: *inciso V do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*
9. No âmbito de procedimento relativo à certificação de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (CEBAS), são consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades voltadas para redução de risco à saúde a redução da morbimortalidade nos diversos ciclos de vida que, para fins de certificação, serão consideradas aquelas com o objetivo de reduzir a morbimortalidade nos diversos ciclos de vida as atividades desenvolvidas com vistas à minimização de fatores de risco e reforço aos fatores de proteção, dentre as quais compreendem: a) a promoção da educação em saúde por meio do cuidado integral; b) ampliação do acesso da população às políticas públicas de saúde; c) integração multiprofissional na construção e na execução das ações; d) fazer convergir as ações e programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; e) contribuição para as escolhas de modos de vida mais saudáveis; e f) ampliação das atividades físicas da população e

- estimular hábitos alimentares saudáveis. Fonte: *inciso XII do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*
10. No âmbito dos procedimentos relativos à certificação de entidades benfeicentes de assistência social na área de saúde (CEBAS), são consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades voltadas para redução de risco à saúde, desenvolvidas em áreas como prevenção ao câncer: as atividades relacionadas à prevenção do câncer, conforme disposto no Anexo IX da Portaria de Consolidação nº 2, são: a) realização de ações que promovam hábitos saudáveis como o aleitamento materno, exclusivo até os 6 (seis) meses de vida, e o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, incluindo-se ações educativas e intervenções ambientais e organizacionais que estimulem estas práticas; b) orientação de atividades físicas; c) orientação e distribuição quanto ao uso de equipamentos para evitar o impacto dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente; d) desenvolvimento de ações para enfrentamento do tabagismo, do consumo de álcool, do sobre peso, da obesidade e do consumo alimentar inadequado, considerados os fatores de risco relacionados ao câncer; e) vigilância e monitoramento da eliminação da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação; f) prevenção da iniciação do tabagismo e do uso do álcool e do consumo de alimentos não saudáveis; g) implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento "screening" e diagnóstico precoce, a partir de recomendações governamentais, com base em ATS e AE; h) garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer, em conformidade com os protocolos e diretrizes definidos pelo Ministério da Saúde. Fonte: *inciso IV do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*
11. No âmbito dos procedimentos relativos à certificação de entidades benfeicentes de assistência social na área de saúde (CEBAS), são consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades voltadas para redução de risco à saúde, desenvolvidas em áreas como nutrição e alimentação saudável, devendo considerar o padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos e de acordo com as fases do curso da vida, sendo consideradas, para fins de certificação, atividades como: a) promoção de ações relativas à alimentação saudável visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do direito humano à alimentação adequada; b) aconselhamento individual e/ou coletivo com vistas a disseminar a cultura da alimentação saudável em consonância com os atributos e princípios do Guia Alimentar da População Brasileira; c) aconselhamento continuado para grupos específicos, como por exemplo, diabéticos, obesos, pessoas com excesso de peso, hipertensos, celíacos; d) desenvolver ações para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar; e) implementar as ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação. Fonte: *inciso I do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*
12. No âmbito dos procedimentos relativos à certificação de entidades benfeicentes de assistência social na área de saúde (CEBAS), são consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades voltadas para redução de risco à saúde as ações de promoção da saúde para tuberculose e hanseníase a serem desenvolvidas pelas entidades certificadas que deverão ser orientadas pelas áreas de Vigilância em Saúde das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais: a) identificar sinais e sintomas da hanseníase/tuberculose; b) desenvolver ações educativas e de mobilização envolvendo as comunidades, escolas, conselhos de saúde, associações de moradores, etc, relativas à importância do autoexame; ao controle da hanseníase e combate ao estigma; c) desenvolver ações educativas e de mobilização envolvendo as comunidades, escolas, conselhos de saúde, associações de moradores, etc, relativas a esclarecer sobre os sintomas da tuberculose e a importância do diagnóstico precoce e tratamento imediato; d) realizar avaliação dermatoneurológica dos casos suspeitos de hanseníase; e) realizar ações educativas referentes a higiene e saneamento; f) notificação dos casos confirmados de hanseníase/tuberculose; g) encaminhar para unidade de referência os casos hanseníase/tuberculose; h) realizar assistência domiciliar, quando necessário. Fonte: *inciso VIII do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*
13. No âmbito dos procedimentos relativos à certificação de entidades benfeicentes de assistência social na área de saúde (CEBAS), são consideradas ações e serviços de promoção da saúde as atividades voltadas para redução de risco à saúde, desenvolvidas em áreas como prevenção e controle do tabagismo, devendo visar à prevenção da iniciação, a cessação e a redução da exposição de não fumantes à fumaça ambiental do tabaco e o controle/monitoramento de todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados, desde o seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas caracterís-

Ações e Serviços Públicos de Saúde Voltados para a Vigilância, a Prevenção e o Controle de Zoonoses e de Acidentes Causados por Animais Peçonhentos e Venenosos, de Relevância para a Saúde Pública

ticas para o consumidor, sendo consideradas, para fins de certificação, ações como: a) realizar ações educativas de sensibilização da população para a promoção de "comunidades livres de tabaco", divulgando ações relacionadas ao tabagismo e seus diferentes aspectos; investindo na promoção de ambientes de trabalho livres de tabaco; b) mobilizar e incentivar as ações contínuas por meio de canais comunitários, como unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho, capazes de manter um fluxo contínuo de informações sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e os riscos da poluição tabagística ambiental para todos que convivem com ela; c) oferecer acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar, e assim atender a uma crescente demanda de fumantes que buscam algum tipo de apoio para esse fim por meio de aconselhamento individual e/ou coletivo.

Fonte: *inciso III do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*

Ações e Serviços Públicos de Saúde Voltados para a Vigilância, a Prevenção e o Controle de Zoonoses e de Acidentes Causados por Animais Peçonhentos e Venenosos, de Relevância para a Saúde Pública

1. São aqueles que buscam: I – desenvolvimento e execução de atividades, ações e estratégias relacionadas a animais de relevância para a saúde pública; II – desenvolvimento e execução de ações, atividades e estratégias de educação em saúde visando à guarda ou à posse responsável de animais para a prevenção das zoonoses; III – coordenação, execução e avaliação das ações de vacinação animal contra zoonoses de relevância para a saúde pública, normatizadas pelo Ministério da Saúde, bem como notificação e investigação de eventos adversos temporalmente associados a essas vacinações; IV – realização de diagnóstico laboratorial de zoonoses e identificação das espécies de animais, de relevância para a saúde pública; V – recomendação e adoção de medidas de biossegurança que impeçam ou minimizem o risco de transmissão de zoonoses e da ocorrência de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos relacionados à execução das atividades de vigilância de zoonoses dispostas neste artigo; VI – desenvolvimento e execução de ações, atividades e estratégias de controle da população de animais, que devam ser executadas em situações excepcionais, em áreas determinadas, por tempo definido, para o controle da propagação de zoonoses de relevância para a saúde pública; VII – coleta, recebimento, acondicionamento, conservação e transporte de espécimes ou amostras biológicas de animais para

encaminhamento aos laboratórios, com vistas à identificação ou diagnóstico laboratorial de zoonoses de relevância para a saúde pública; VIII – gerenciamento de resíduos de serviços de saúde gerados pelas ações de vigilância de zoonoses de relevância para a saúde pública; IX – eutanásia, quando indicado, de animais de relevância para a saúde pública; X – recolhimento e transporte de animais, quando couber, de relevância para a saúde pública; XI – recepção de animais vivos e de cadáveres de animais quando forem de relevância para a saúde pública; XII – manutenção e cuidados básicos de animais recolhidos em estabelecimento responsável por vigilância de zoonoses pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), observando normatização vigente quanto aos prazos estipulados de permanência do animal, quando houver; XIII – destinação adequada dos animais recolhidos; e XIV – investigação, por meio de necropsia, coleta e encaminhamento de amostras laboratoriais ou outros procedimentos pertinentes, de morte de animais suspeitos de zoonoses de relevância para saúde pública. Fonte: *caput do art. 232 da PRC GM/MS nº 5.*

Ações Laboratoriais

1. Aquelas que propiciam o conhecimento e a investigação diagnóstica de doenças e agravos e a verificação da qualidade de produtos de interesse de saúde pública e do padrão de conformidade de amostras ambientais, mediante estudo, pesquisa e análises de ensaios relacionados aos riscos epidemiológicos, sanitários, ambientais e do processo produtivo. Fonte: *inciso I do caput do art. 6º da Resolução MS 588 de 12/07/2018.*

Ações para a Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores de Nível Técnico da Área da Saúde

1. No âmbito do Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), devem ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre as três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços de saúde e o controle social. Fonte: *Anexo XCIII da PRC GM/MS nº 6.*
2. No âmbito das diretrizes e orientação para a formação dos trabalhadores de nível técnico no SUS, devem ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre as três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços de saúde e o controle social. Fonte: *Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 6.*

Acolhimento com Classificação de Risco

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, é uma importante ação no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica e consiste na escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravó à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Aconselhamento Genético

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, envolve a existência prévia ou o estabelecimento de diagnóstico de determinada doença, a interpretação de achados e estimativas de riscos genéticos para pessoas clinicamente normais com familiares que apresentam diagnóstico de doença rara documentada, a transmissão das informações relativas à etiologia, à evolução, ao prognóstico e ao risco de recorrência, as estratégias de tratamento e prevenção, além de recomendações para acompanhamento e elaboração de relatório final a ser entregue ao consultante. Fonte: *parágrafo 1º do art. 33 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito dos Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, procedimento que envolve a existência prévia ou o estabelecimento de diagnóstico de determinada doença, a interpretação de achados e estimativas de riscos genéticos para pessoas clinicamente normais com familiares que apresentam diagnóstico de doença rara documentada, a transmissão das informações relativas à etiologia, à evolução, ao prognóstico e ao risco de recorrência, as estratégias de tratamento e prevenção, além de recomendações para acompanhamento e elaboração de relatório final a ser entregue ao consultante, realizado por equipe de saúde multiprofissional capacitada. Fonte: *Anexo 3 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*
3. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, é a orientação fornecida após a realização de exames genéticos prévios que possibilitam verificar a probabilidade de se ter filhos com proble-

mas genéticos. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Acreditação

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, trata-se de recurso de acompanhamento solidário dos projetos, não se destinando à sua simples aprovação ou reaprovação, mas à cooperação técnica para que correspondam às designações da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS, em conformidade com sua aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde e sua pactuação na Comissão Intergestores Tripartite. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.*

ACS ver Agente Comunitário de Saúde

Acupuntura

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da medicina tradicional chinesa (MTC), a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças. Achados arqueológicos permitem supor que essa fonte de conhecimento remonta há pelo menos 3000 anos. A denominação chinesa zhen jiu, que significa agulha (zhen) e calor (jiu), foi adaptada nos relatos trazidos pelos jesuítas no século XVII, resultando no vocábulo acupuntura (derivado das palavras latinas acus, agulha, e punctio, punção). O efeito terapêutico da estimulação de zonas neurorreativas ou “pontos de acupuntura” foi, a princípio, descrito e explicado numa linguagem de época, simbólica e analógica, consoante com a filosofia clássica chinesa. A OMS recomenda a acupuntura aos seus Estados-Membros, tendo produzido várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais. O consenso do National Institutes of Health dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vô-

mitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorréia, céfaléia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outras. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Ver também: Medicina Tradicional Chinesa.

AD ver Atenção Domiciliar à Saúde

Administração em Gestão da Saúde

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, compreende os processos de formulação, implementação, planejamento e administração das políticas, sistemas e práticas de saúde. Abrange a organização dos serviços de saúde, bem como a articulação das práticas de saúde (individual e coletiva) nos níveis central, regional e local de um sistema ou rede de saúde. Incluem-se as atividades realizadas para a gestão, controle, avaliação e auditoria de sistemas ou redes de saúde, bem como a atividade administrativa do Tratamento Fora de Domicílio. Excluem-se as atividades de gestão interna nos estabelecimentos e serviços de saúde. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

1. Compete-lhe: I – participação na formulação de políticas e diretrizes em Vigilância Sanitária no âmbito nacional; II – regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde; III – execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo essa atribuição ser supletivamente exercida pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, mediante pactuação na CIT; IV – proposição de critérios, parâmetros e métodos para a execução das ações estaduais, distritais e municipais de vigilância sanitária; V – monitoramento da execução das ações descentralizadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; VI – promoção da harmonização dos procedimentos sanitários no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; VII – apoio e cooperação técnica junto aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o fortalecimento da gestão da Vigilância Sanitária; VIII – participação no financiamento das ações de Vigilância Sanitária; IX – coordenação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (LACEN), nos aspectos relativos à Vigilância Sanitária,

com estabelecimentos de normas técnicas e gerenciais; X – assessoria, complementar ou suplementar, das ações de vigilância sanitária dos estados, Distrito Federal e municípios para o exercício do controle sanitário; XI – adoção das medidas para assegurar o fluxo, o acesso e a disseminação das informações de vigilância sanitária para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; XII – coordenação das ações de monitoramento da qualidade e segurança dos bens, produtos e serviços sujeitos à Vigilância Sanitária; XIII – participação na formulação, implementação, acompanhamento e avaliação dos processos de gestão da educação e do conhecimento no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; XIV – promoção, implementação e apoio, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, de estudos, pesquisas e ferramentas que contribuam para o aperfeiçoamento das ações e incorporação de inovações na área de Vigilância Sanitária; XV – promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de Vigilância Sanitária; XVI – promoção e desenvolvimento de ações e estratégias que contribuam para a participação e o controle social em Vigilância Sanitária; e XVII – participação no processo de implementação do Decreto nº 7.508/2011, no âmbito da Vigilância Sanitária. Fonte: *caput do art. 7º do Anexo III da PRC GM/MS nº 4.*

2. Gestão da vigilância em saúde é responsabilidade da União, e compete ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, compreendendo: I – coordenar, em âmbito nacional: a) a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde; b) a formulação de diretrizes e prioridades em vigilância em saúde no âmbito nacional, em consonância com esta política e de forma articulada com as demais esferas de governo; c) as ações de vigilância em saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional; d) as ações de monitoramento da qualidade e segurança dos bens, produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária; e) as ações de laboratório necessárias para a vigilância em saúde; f) as ações de promoção da saúde; g) programas estratégicos nacionais voltados à atuação da vigilância em saúde; h) as ações de vigilância em saúde, nas emergências em saúde pública de importância nacional e internacional, em consonância com o Regulamento Sanitário International, bem como cooperação com Estados, Distrito Federal e Municípios em situação de emergências em saúde pública, quando pertinente; II – conduzir as

Agente Causador [Agravos a Saúde Relacionados ao Trabalho]

negociações nas instâncias do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de vigilância em saúde no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico em consonância com esta política; III – participar do financiamento das ações de vigilância em saúde, alocando recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política; IV – desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde do Conselho Nacional de Saúde (CIVS/CNS); V – apoiar tecnicamente as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na implementação e execução da Política Nacional de Vigilância em Saúde; VI – promover a incorporação de ações e procedimentos de vigilância em saúde junto à Rede de Atenção à Saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde; VII – monitorar, em conjunto com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de vigilância em saúde; VIII – implementar a gestão dos sistemas nacionais de informação de interesse da vigilância em saúde; IX – estabelecer rotinas de sistematização, processamento, análise e divulgação dos dados gerados nos Municípios e nos Estados a partir dos sistemas de informação em saúde; X – elaborar normas pertinentes à vigilância em saúde; XI – regular, controlar, avaliar e fiscalizar procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde; XII – promover a harmonização dos procedimentos sanitários no âmbito da vigilância sanitária; XIII – executar as ações de vigilância em saúde de forma complementar à atuação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, podendo atuar de forma suplementar no âmbito da vigilância sanitária; XIV – executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo ser compartilhada com Estados, Distrito Federal e Municípios; XV – promover a cooperação e o intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de vigilância em saúde; XVI – promover e realizar estudos, pesquisas e avaliação de tecnologias que contribuam para o aperfeiçoamento das ações e incorporação de inovações na área de vigilância em saúde; XVII – promover e desenvolver estratégias que contribuam para a participação e o controle social em vigilância em saúde; XVIII – desenvolver estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social

referente à vigilância em saúde; XIX – conduzir a revisão periódica da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional; XX – prover os insumos estratégicos conforme termos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT); XXI – gerir os estoques nacionais de insumos estratégicos, de interesse da vigilância em saúde; XXII – regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e serviços de vigilância em saúde, no âmbito de sua competência. Fonte: *caput do art. 11 da Resolução MS 588 de 12/07/2018.*

3. No âmbito do Programa INOVACINA, compete-lhe acompanhar as atividades relativas ao desenvolvimento, produção, registro e pós-registro das vacinas pentavalente e heptavalente junto aos laboratórios públicos produtores de imunobiológicos por meio de Comitês Técnico-Regulatórios específicos, conforme disposto na Resolução RDC Nº 2, de 2 de fevereiro de 2011. Fonte: *caput do art. 829 da PRC GM/MS nº 5.*

Agente Causador [Agravos a Saúde Relacionados ao Trabalho]

1. No âmbito do Preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em Casos de Quadro Compatível com Causas Externas e com Doenças e Acidentes Relacionados ao Trabalho, agente diretamente relacionado ao acidente, podendo ser máquina, equipamento ou ferramenta, como uma prensa ou uma injetora de plásticos; ou produtos químicos, agentes físicos ou biológicos como benzeno, sílica, ruído ou salmonela. Pode ainda ser consignada uma situação específica como queda, choque elétrico, atropelamento (tratando-se de acidente do trabalho, de doenças profissionais ou do trabalho). Fonte: *Anexo XLIX da PRC GM/MS nº 5.*

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

1. No âmbito da Lei Federal nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. O exercício das atividades de Agente Comunitário de

Saúde nos termos desta Lei [Federal nº 11.350, de 2006], dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional. Fonte: *caput do art. 3º da Lei FED 11350 de 05/10/2006.*

Agente de Combate às Endemias (ACE)

1. No âmbito da Lei Federal nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado. O exercício das atividades de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei [Federal nº 11.350, de 2006], dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional. Fonte: *caput do art. 4º da Lei FED 11350 de 05/10/2006.*
2. Desempenha atividades de combate às endemias, nas equipes de Saúde da Família (SF). [Conceito originário de dispositivo revogado]. Fonte: *caput do art. 21 da PRC GM/MS nº 6.*

Agente de Controle de Endemias ver Agente de Combate às Endemias (ACE)

Agente de Controle de Zoonoses ver Agente de Combate às Endemias (ACE)

Agente Desinfetante

1. Tem a função de destruir ou inativar organismos patogênicos que possam estar presentes na água e, dessa forma, prevenir a propagação de doenças de veiculação hídrica. Fonte: *Anexo CI da PRC GM/MS nº 5.*

Agente de Vigilância Ambiental ver Agente de Combate às Endemias (ACE)

Agente Público Regulador

1. No âmbito das Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa, a autoridade

pública sanitária, delegada pelo Gestor Local, que tem como função realizar a articulação entre os diversos níveis assistenciais do sistema de saúde, visando melhor resposta para as necessidades do paciente, ou seja, Médico Regulador da Central de Regulação das Urgências e/ou Central de Regulação de Leitos e/ou Complexo Regulatório. Fonte: *inciso V do caput do art. 4º do Anexo CII da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Autoridade Sanitária.

Agentes Crioprotetores

1. No âmbito da Preparação de Componentes Sanguíneos, são agentes crioprotetores o glicerol e o amido hidroxilado. Fonte: *parágrafo 1º do art. 92 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Agente Social

1. No âmbito do regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua no âmbito da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Os agentes sociais exercerão as seguintes atribuições: I – trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, uso, abuso e dependência de substâncias psicotáticas; II – realizar atividades educativas e culturais (educativas e lúdicas); III – dispensação de insumos de proteção à saúde; IV – encaminhar e mediar o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial; V – acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua. Fonte: *parágrafo 6º do art. 5º do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 2.*

Agravio

1. No âmbito da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões, maus tratos, e lesão autoprovocada. Fonte: *inciso I do caput do art. 2º do Anexo V da PRC GM/MS nº 4.*

Agravos a Saúde Relacionados ao Trabalho [Preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar]

1. No âmbito do Preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em Casos de Quadro Compatível com Causas Externas e com Doenças e Acidentes Relacionados ao Trabalho, ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, com o segurado empregado, trabalhador avulso, médico residente, bem como com o segurado especial no exercício de suas atividades, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho.

Fonte: Anexo XLIX da PRC GM/MS nº 5.

Ver também: Doença Profissional [Agravos a Saúde Relacionados ao Trabalho], Doença do Trabalho [Agravos a Saúde Relacionados ao Trabalho], Agente Causador [Agravos a Saúde Relacionados ao Trabalho] e Acidente Ligado ao Trabalho [Agravos a Saúde Relacionados ao Trabalho].

Água para Consumo Humano

1. No âmbito do Controle e da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e seu Padrão de Potabilidade, água potável destinada à ingestão, preparação e produção de alimentos e à higiene pessoal, independentemente da sua origem. Fonte: inciso I do caput do art. 5º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 5.

Água Potável

1. No âmbito do Controle e da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e seu Padrão de Potabilidade, água que atenda ao padrão de potabilidade estabelecido neste Anexo [XX da PRC MS/GM nº 5] e que não ofereça riscos à saúde. Fonte: inciso II do caput do art. 5º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 5.

Ver também: Água para Consumo Humano, Água Tratada e Controle da Qualidade da Água para Consumo Humano.

Água Tratada

1. No âmbito do Controle e da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e seu Padrão de Potabilidade, água submetida a processos físicos, químicos ou combinação destes, visando atender ao padrão de potabilidade. Fonte: inciso V do caput do art. 5º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 5.

Ver também: Água para Consumo Humano.

AIDIPI Neonatal ver Estratégia AIDIPI Neonatal [Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância]

AIH ver Autorização de Internação Hospitalar

AIVD ver Atividades Instrumentais de Vida Diária

Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável

1. É a primeira prática alimentar dos indivíduos, necessária para a garantia da saúde e do desenvolvimento adequado das crianças. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.
2. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), o Aleitamento e a Alimentação compõem um dos seus eixos estratégicos e se ancoram na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis. Fonte: inciso II do caput do art. 6º do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.

Alergia Alimentar

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a reação adversa a alimentos, dependente de mecanismos imunológicos, mediadas por Imunoglobulina E (IgE) ou não. Os alimentos mais comumente envolvidos em alergias alimentares são leite de vaca, ovo de galinha, soja, trigo, amendoim, peixe e crustáceos. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Alerta de Risco Sanitário

1. Consiste na divulgação de informações sobre a ocorrência de eventos com potencial de risco à saúde, com detalhada descrição da situação, de cuidados e medidas necessários à redução ou eliminação do risco. Pode ser direcionada a determinados grupos populacionais ou à população em geral. Objetiva a mudança imediata de comportamentos individuais ou a implementação de medidas de caráter coletivo. Exige a utilização de diferentes veículos de comunicação de forma a atingir, em tempo oportuno, o público-alvo. Fonte: alínea a do

inciso IX do caput do art. 9º da Resolução MS 588 de 12/07/2018.

Alimento para Fins Especiais

- No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), alimento especialmente formulado ou processado, no qual se introduz modificações no conteúdo de nutrientes adequados à utilização em dietas diferenciadas e ou opcionais, atendendo necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Alojamento Conjunto

- No âmbito da Atenção Integral e Humanizada à Mulher e ao Recém-nascido no Alojamento Conjunto, destina-se a:
I – mulheres clinicamente estáveis e sem contraindicações para a permanência junto ao seu bebê;
II – recém-nascidos clinicamente estáveis, com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico; peso maior ou igual a 1800 gramas e idade gestacional maior ou igual a 34 semanas;
III – recém-nascidos com acometimentos sem gravidade, como, por exemplo, icterícia, necessitando de fototerapia, malformações menores, investigação de infecções congênitas sem acometimento clínico, com ou sem microcefalia; e
IV – recém-nascidos em complementação de antibioticoterapia para tratamento de sífilis ou sepse neonatal após estabilização clínica na UTI ou UCI neonatal.
Fonte: caput do art. 616 da PRC GM/MS nº 5.
- No âmbito da Atenção Integral e Humanizada à Mulher e ao Recém-nascido no Alojamento Conjunto, local em que a mulher e o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanecem juntos, em tempo integral, até a alta. Fonte: caput do art. 614 da PRC GM/MS nº 5.
- No âmbito das Diretrizes para Implantação e Habilitação de Centro de Parto Normal (CPN) da Rede Cegonha, unidade de cuidados hospitalares em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 (vinte e quatro) horas por dia, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Fonte: inciso I do caput do art. 12 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Alta Complexidade

- No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, os serviços de referência de Alta Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Média Complexidade, estando capacitados para realizar todos os

procedimentos de Média Complexidade, bem como a fertilização in vitro e a inseminação artificial. Fonte: inciso III do caput do art. 3º do Anexo XXX da PRC GM/MS nº 2.

- No âmbito da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, consiste em garantir o acesso aos procedimentos neurológicos, neurointervencionistas e neurocirúrgicos e assegurar a qualidade do processo, visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e cuja assistência se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e de Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia. Fonte: inciso III do caput do art. 3º do Anexo XXXII da PRC GM/MS nº 2.
- No âmbito da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, consiste em garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal. A assistência na alta complexidade se dará por meio dos Serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde. Fonte: inciso III do caput do art. 3º do Anexo XXXIII da PRC GM/MS nº 2.

Alta Hospitalar Responsável

- No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), é a transferência do cuidado e será realizada por meio de:
I – orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;
II – articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e
III – implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS.
Fonte: caput do art. 17 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.
- No âmbito da alta hospitalar responsável da Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE), visa preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social. Tem como objetivos:
I – promover a continuidade do cuidado em regime de atenção domiciliar e/ou ambulatorial;
II – buscar a melhor alternativa assistencial para o usuário após a alta, garantindo-se a troca de informações, orientações e avaliação sistêmica.

mática com o ponto de atenção que irá receber o usuário; III – dispor das orientações adequadas ao usuário, cuidador e família por meio de relatório sobre a sua condição clínica e psicossocial; IV – otimizar o tempo de permanência do usuário internado; V – prevenir o risco de readmissões hospitalares; VI – avaliar as necessidades singulares do usuário; e VII – prevenir o risco de infecção hospitalar. Fonte: *caput do art. 167 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Ambiente e Território Saudável

1. No âmbito de Política Nacional de Promoção da Saúde, é um dos seus temas transversais e significa relacionar o tema priorizado com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas, de maneira participativa e dialógica. Fonte: *inciso IV do caput do art. 8º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Ambulatório

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), para fins de cumprimento da Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, o Ambulatório de Acompanhamento tem como atribuições: realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida; avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família e oferecer o devido suporte; apoiar a manutenção de rede social de apoio; corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apneias; orientar e acompanhar tratamentos especializados; orientar esquema adequado de imunizações. Fonte: *Anexo 1 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*

Ambulatório de Acompanhamento

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), e para os fins do Método Canguru, tem como atribuições: realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida; avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família e oferecer o devido suporte; apoiar a manutenção de rede social de apoio; corrigir as situações de risco, como ganho

inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apneias; orientar e acompanhar tratamentos especializados; orientar esquema adequado de imunizações. Fonte: *Anexo 1 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*

Análise da Situação de Saúde

1. Ações de monitoramento contínuo da situação de saúde da população do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde abrangente. Fonte: *inciso III do caput do art. 6º da Resolução MS 588 de 12/07/2018.*
2. Como subsídio à gestão da clínica no contexto da organização da Rede de Atenção à Saúde é utilizada com o objetivo de identificação e estratificação de riscos em grupos individuais expostos a determinados fatores e condições que os colocam em situação de prioridade para a dispensação de cuidados de saúde, sejam eles preventivos, promocionais ou assistenciais. Entre as diretrizes e estratégias para implementação da Rede de Atenção à saúde, deve se incorporar a análise de situação de saúde como subsídio à identificação de riscos coletivos e ambientais e definição de prioridades de ações, como forma de fortalecer e promover a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) na RAS de modo transversal e integrado, compondo Rede de compromisso e corresponsabilidade para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Análise Situacional em Saúde [no Planejamento da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)]

1. No âmbito do Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando a análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde: a) estrutura do sistema de saúde; b) redes de atenção à saúde; c) condições socioassistenciais; d) fluxos de acesso; e) recursos financeiros; f) gestão do trabalho e da educação na saúde; g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão. Fonte: *parágrafo 3º do art. 96 da PRC GM/MS nº 1.*

Ver também: Análise da Situação de Saúde.

Análises Laboratoriais de Vigilância em Saúde em Estabelecimento de Saúde

1. Ações e serviços de análises laboratoriais de interesse à saúde pública, relacionadas à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, saúde do trabalhador e vigilância sanitária, vinculado a órgãos ou entidades da Administração Pública direta ou indireta, da União, dos estados, do Distrito Federal ou dos municípios, e das fundações mantidas pelo Poder Público. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

aventais de uso exclusivo nestas áreas. Fonte: Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

ANVISA ver Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APH ver Atendimento Pré-Hospitalar

Apoio Diagnóstico

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, são ações e serviços que se utilizam de recursos físicos e tecnológicos (ex: Raios X, Ultrassonografia, Ressonância Magnética, Análises Clínicas/ Laboratoriais, Eletrocardiografia, Endoscopia, etc) com o objetivo de auxiliar, de forma complementar, a determinação da natureza de uma doença ou estado, ou a diferenciação entre elas, melhorando a tomada de decisão assistencial. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Apoio Institucional

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.

Apoio Matricial

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, suporte técnico especializado que é oferecido a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, invertendo a lógica da fragmentação dos saberes. Fonte: inciso III do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.

Animal de Relevância para a Saúde Pública

1. No âmbito das ações e serviços de saúde voltados para vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública, todo animal que se apresenta como: I – vetor, hospedeiro, reservatório, portador, amplificador ou suspeito para alguma zoonose de relevância para a saúde pública, quanto à transmissão de agente etiológico para humanos; II – suscetível para alguma zoonose de relevância para a saúde pública, quando em situações de risco quanto à transmissão de agente etiológico para humanos; III – venenoso ou peçonhento de relevância para a saúde pública; ou IV – causador de agravo que represente risco de transmissão de doença para a população humana. Fonte: caput do art. 231 da PRC GM/MS nº 5.

Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) (APVP)

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, o impacto dessas mortes pode ser analisado por meio do indicador relativo a Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Por incidirem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos. No Brasil, o indicador de APVP aumentou 30% em relação a acidentes e a violências, entre 1981 e 1991, enquanto que, para as causas naturais, os dados encontram-se em queda (Reichenheim e Werneck, 1994; Iunes, 1997; Vermelho, 1994). Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

Ver também: Violência.

Antecâmara em Banco de Tecido Ocular

1. Deve possuir lavatório e servir de barreira à sala de processamento do Banco, assegurando o acesso dos profissionais que deverão portar sobre as suas roupas

APVP ver Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)

Aqui Tem Farmácia Popular

1. Constituído por meio de convênios com a rede privada de farmácias e drogarias, tem por objetivo disponibilizar à população, por meio da rede privada de farmácias e drogarias, os medicamentos e correlatos previamente definidos pelo Ministério da Saúde. Fonte: parágrafo único do art. 2º do Anexo LXXVII da PRC GM/MS nº 5.

Área de Armazenamento dos Tecidos em Banco de Tecido Ocular

1. Área destinada ao armazenamento, em separado, de tecidos não liberados (pós-processamento) e de tecidos liberados para distribuição. Deve ser provida de aparelhos de refrigeração de uso exclusivo desta sala. Recomenda-se que os tecidos sejam devidamente identificados por meio de etiquetas coloridas, indicando as etapas do processamento nas quais se encontram, de acordo com o protocolo do Banco. Fonte: Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Armazenamento da Córnea em Banco de Tecido Ocular

1. A córnea, preservada e avaliada, deve ser mantida em refrigerador de 2 a 8°C, exclusivo para armazenamento de tecidos não-liberados, até a conclusão dos resultados dos exames laboratoriais obrigatórios. A córnea, com o resultado dos exames sorológicos não-reagentes, deverá ser armazenada em refrigerador de 2 a 8°C, exclusivo para armazenamento de tecidos liberados. A esclera poderá ser armazenada em refrigerador de 2 a 8°C ou em temperatura ambiente em local exclusivo. A córnea em solução de preservação terá sua validade determinada de acordo com as instruções do fabricante desta solução. A córnea ou a esclera preservadas em glicerina, bem como as liofilizadas, terão validade determinada pelo BTOC. Fonte: Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Aromaterapia

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é uma prática terapêutica secular que consiste no uso intencional de concentrados voláteis extraídos de vegetais – os óleos essenciais (OE) – a fim de promover ou melhorar a saúde, o bem-estar e a higiene. Na década de 30, a França e a Inglaterra passaram a adotar e pesquisar o uso terapêutico dos óleos essenciais, sendo considerada prática integrante da aromatologia – ciência que estuda os óleos essenci-

ais e as matérias aromáticas quanto ao seu uso terapêutico em áreas diversas como na psicologia, cosmética, perfumaria, veterinária, agronomia, marketing e outros segmentos. No Brasil, a aromaterapia é reconhecida como uma prática integrativa e complementar com amplo uso individual e/ou coletivo, podendo ser associada a outras práticas como talassoterapia e naturopatia, e considerada uma possibilidade de intervenção que potencializa os resultados do tratamento adotado. Como prática multiprofissional, tem sido adotada por diversos profissionais de saúde como enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, médicos, veterinários, terapeutas holísticos, naturistas, dentre outros, e empregada nos diferentes setores da área para auxiliar de modo complementar a estabelecer o equilíbrio físico e/ou emocional do indivíduo. Somados todos os fatos apresentados, a aromaterapia pode contribuir com o Sistema Único de Saúde, agregando benefícios ao paciente, ao ambiente hospitalar e colaborando com a economia de gastos da instituição pública por utilizar matéria-prima de custo relativamente baixo, principalmente quando analisada comparativamente às grandes vantagens que ela pode proporcionar. Fonte: Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Arquivo Eletrônico

1. Repositório de documentos e/ou de processos eletrônicos ou digitalizados. Fonte: inciso I do caput do art. 486 da PRC GM/MS nº 1.

Arteterapia

1. No âmbito da Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Misticoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida. A Arteterapia estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo. Através da arte é promovida a ressignificação dos conflitos, promovendo a reorganização das próprias percepções, ampliando a percepção do

individuo sobre si e do mundo. A arte é utilizada no cuidado à saúde com pessoas de todas as idades, or meio da arte, a reflexão é estimulada sobre possibilidades de lidar de forma mais harmônica com o stress e experiências traumáticas. Fonte: Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Articulação e Cooperação Intra e Intersetorial

1. No âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, representam um dos seus eixos operacionais, compreendendo o compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor. Fonte: *inciso II do caput do art. 9º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Articulação Intersetorial

1. No âmbito dos Elementos Informativos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, para fins de fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial, entende-se como a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, saberes, poderes e vontades, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que possibilite a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.*

Articulação Intrasetorial

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a Vigilância em Saúde do Trabalhador, deve se articular com os demais componentes da Vigilância em Saúde - Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Promoção da Saúde e Vigilância da Situação de Saúde. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.*

Assistência a Emergências

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, são cuidados destinados a pacientes de demanda espontânea com agravos que necessitam de atendimento imediato por risco iminente de morte. Fonte: *Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.*

Assistência Ambulatorial

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, conjunto de procedimentos médicos

e terapêuticos de baixa complexidade, possíveis de realização em ambulatórios e postos de saúde. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Assistência à Saúde

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, é um conjunto de ações e serviços de saúde cuja finalidade seja o diagnóstico, o tratamento, acompanhamento e reabilitação de pacientes, bem como atividades destinadas ao processo de capacitação do indivíduo em melhorar, controlar e promover sua saúde, prevenir doenças ou sofrimento mental em indivíduos ou populações suscetíveis. Fonte: *Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.*

Assistência Domiciliar em Reabilitação

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, configura medida essencial no atendimento desse segmento populacional, compreendendo desde os serviços de apoio à vida cotidiana até o oferecimento de suporte clínico especializado em situação de internamento no domicílio. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Assistência Farmacêutica

1. No âmbito da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), o Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde. Fonte: *caput do art. 34 do Anexo XXVIII da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. Fonte: *caput do art. 48 do Anexo XXVIII da PRC GM/MS nº 2.*
3. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Tera-

pêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente, da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

4. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, e considerando as Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais, trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectivas da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. Fonte: Anexo 2 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.
5. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tem por base os seguintes princípios: I – promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o seu acesso e uso racional; II – consideração das necessidades e realidades epidemiológicas de cada DSEI/SESAI/MS e orientação para a garantia dos medicamentos da atenção básica à população; III – valorização e incentivo das práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas que envolvam o conhecimento, o uso de plantas medicinais e demais costumes tradicionais utilizados no tratamento de doenças e outros agravos à saúde, articulando-as com as demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS); IV – garantia da autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação dos hábitos e costumes tradicionais, conhecimentos e práticas terapêuticas, com promoção do respeito às diretrizes, políticas nacionais e legislação relativa aos recursos genéticos, bioética e bens imateriais das sociedades tradicionais, como forma de preservação da cultura dos povos indígenas; e V – execução diferenciada das ações da assistência farmacêutica, através do reconhecimento das especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas e seus direitos territoriais. Fonte: *caput* do art. 17 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.

Assistência Farmacêutica no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ver Diretrizes da Assistência Farmacêutica no SASISUS

Assistência Financeira Complementar (AFC)

1. Corresponde a 95% (noventa e cinco por cento) do piso salarial nacional vigente do ACS de que trata o art. 9º-C da Lei nº 11.350, de 2006. Fonte: *caput* do art. 36 da PRC GM/MS nº 6.

Assistência Intermediária

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, é o conjunto de ações realizadas entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente em um leito por um período inferior a 24 horas. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Assistência Obstétrica e Neonatal

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, é o conjunto de cuidados ou tratamentos prestados à gestante, parturiente e recém-nascido, por razões obstétricas ou neonatais. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Assistência ou Atendimento em Reabilitação

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a terapia realizada para reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Assistência Pré e Pós-Operatória no Tratamento Cirúrgico da Obesidade

1. Aquela que deve ser realizada pela equipe multiprofissional de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. O pré-operatório deve ser realizado em duas fases: fase inicial - avaliação pelo cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista, angiologista, gastroenterologista e ginecologista. Para indivíduos com IMC > 50 kg/m² recomenda-se perda ponderal de 10 a 20% do excesso de peso no pré-operatório. Reuniões do grupo multiprofissional, realizadas semanalmente, devem enfatizar a mudança de hábitos com objetivo de informar, orientar e educar para mudanças de hábitos; e fase

secundária - avaliação do risco cirúrgico. Exames pré-operatórios: radiografia simples do tórax, ECG, ultrassonografia de abdômen total, esofagogastrroduodenoscopia, hemograma com plaquetas, TP, KTTP, creatinina, sódio, potássio, bilirrubina total e frações, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, cálcio iônico, cloreto, ferro sérico, fosfatase alcalina, glicose em jejum, ureia, magnésio, potássio, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicérides, glicose pós-dextrosol, insulina, hemoglobina glicosada, (sorologias para hepatite B, C e HIV, espirometria, ferritina, vitamina B12, 25(OH) vitamina D3). O pós-operatório no tratamento cirúrgico da obesidade grau III e grau II com comorbidades deve garantir a continuidade do tratamento por equipe multiprofissional até 18 meses. No primeiro ano pós-operatório, diante da perda de peso mais relevante e aguda, o acompanhamento deverá ser mais frequente. Os exames pós-operatórios, realizados com a periodicidade estabelecida no Anexo 3 do Anexo IV da PRC 3, são: hemograma completo, proteínas totais e frações, zinco sérico, dosagem de cálcio, dosagem de vitamina B12, folato, dosagem de ferritina, triglicérides, dosagem de 25 hidroxivitamina D, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total. Fonte: Anexo 3 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.

Ver também: Indivíduo com Indicação para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade e Avaliação para Tratamento Cirúrgico para Obesidade.

Assistência Qualificada

1. No âmbito das diretrizes e mecanismos para implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências no SUS, prestada por profissionais de saúde capacitados ao pleno exercício dos protocolos clínicos firmados para o funcionamento adequado da Sala de Estabilização, no âmbito da Rede de Atenção às Urgências no SUS. Fonte: parágrafo 2º do art. 64 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

Assistência Social e à Saúde

1. Uma das ações que buscam a Redução de Danos Sociais e à Saúde Decorrentes do Uso de Produtos, Substâncias ou Drogas que Causem Dependência e que objetiva a garantia de assistência integral ao usuário ou ao dependente de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Fonte: caput do art. 93 da PRC GM/MS nº 5.

Assistência Toxicológica

1. No âmbito dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE), conjunto de ações e práticas a nível individual e coletivo, relacionadas às exposições às substâncias químicas, toxinas de animais peçonhentos e plantas tóxicas, envolvendo a promoção e a vigilância da saúde e a prevenção, diagnóstico e tratamento das intoxicações agudas e crônicas. Fonte: *inciso I do caput do art. 125 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Atenção ao Pré-Natal de Alto Risco

1. No âmbito das Diretrizes de Organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco da Rede Cegonha, será realizada de acordo com as singularidades de cada usuária, com integração à atenção básica, a qual cabe a coordenação do cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todas as mulheres. Fonte: *caput do art. 40 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

Atenção à Saúde

1. No âmbito das definições que objetivam possibilitar uma mesma compreensão do Termo de Compromisso de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), engloba o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo os campos a saber: a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar; b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros). Fonte: Anexo XIV da PRC GM/MS nº 1.

Atenção à Saúde da Pessoa com Doença Renal Crônica

1. No âmbito das Tipologias e Atribuições das Unidades de Atenção Especializada Ambulatorial em doença renal crônica (DRC) da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a atenção à saúde da pessoa com DRC será organizada conforme as seguin-

tes tipologias: I – Unidade Especializada em DRC; II – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia; e III – Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise. Fonte: *caput do art. 66 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

2. No âmbito de Tipologias e Atribuições das Unidades de Atenção Especializada Ambulatorial em doença renal crônica (DRC) da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a Unidade Especializada em DRC, responsável pela Atenção de Média Complexidade, realizará o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios clínicos 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no SUS (exceto TRS - diálise) e deverão matricular as equipes de atenção básica, nos temas relacionados a doenças renais. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, responsável pela Atenção de Alta Complexidade, realizará pelo menos uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC. À Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise, responsável pela Atenção de Média e Alta complexidade, compete: I – realizar o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS; II – matricular as equipes de atenção básica nos temas relacionados a doenças renais; e III – ofertar, pelo menos, uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC. Fonte: *parágrafo 1º do art. 66 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, comporta a organização das ações e serviços em, pelo menos, três níveis de complexidade, interdependentes e complementares: atenção básica; atenção ambulatorial especializada; e atenção ambulatorial e hospitalar especializadas. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Atenção à Saúde de Crianças com Deficiência ou em Situações Específicas e de Vulnerabilidade

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), é um dos eixos estratégicos da Política e consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrassetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de aten-

ção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva. Fonte: *inciso VI do caput do art. 6º do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*

Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco

1. No âmbito das Diretrizes de Organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco da Rede Cegonha, a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco deve contemplar todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e competências correspondentes, considerando a importância da abordagem integral às gestantes conforme suas especificidades relacionadas às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas. Observará os seguintes princípios e diretrizes: I – universalidade, equidade e integralidade; II – humanização da atenção, ofertando atenção adequada, em tempo oportuno na gestação de acordo com suas necessidades e condições clínicas; III – atenção à saúde baseada nos direitos sexuais e reprodutivos, em consonância com a Política de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM) e com a Política Nacional de Humanização (PNH), ambas disponíveis no endereço eletrônico www.saude.gov.br, e com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) previstas no documento "Assistência ao parto normal: um guia prático - 1996"; IV – acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade em todos os pontos de atenção; V – regionalização da atenção à saúde, com articulação entre os diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme pactuação local; VI – atenção multiprofissional e interdisciplinar, com práticas clínicas compartilhadas e baseadas em evidências; VII – regulação de acesso; e VIII – controle social. Fonte: *caput do art. 38 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*
2. No âmbito das Diretrizes de Organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco da Rede Cegonha, deve ser compreendida como o conjunto de ações e serviços que abrange a atenção à gestante de alto risco, ao recém-nascido de risco e à puérpera de risco. Fonte: *parágrafo único do art. 36 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*
3. No âmbito das Diretrizes de Organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco da Rede Cegonha, deve contemplar todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e competências correspondentes, considerando a importância da abordagem integral às gestantes conforme suas espe-

cificidades relacionadas às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas. Fonte: *caput do art. 39 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

Atenção às Urgências e Emergências em Saúde

1. No âmbito das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, na Atenção às Urgências e Emergências, o acesso aos cuidados em saúde nos pontos de atenção da Rede de urgência e Emergência, de modo a preservar suas especificidades. Fonte: *inciso II do caput do art. 10 do Anexo XVII da PRC GM/MS nº 2.*

Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS)

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, a Atenção Primária à Saúde é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Para cumprir este papel, a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Deve exercer um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*
3. No âmbito das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, deve garantir: a) as principais ações relacionadas à promoção da saúde, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicosocial, à prevenção e ao controle de agravos; b) as ações relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva, com foco na ampla garantia de direitos; c) o acompanhamento do pré-natal e a vinculação ao serviço para o parto das adolescentes gestantes, com atenção especial às peculiaridades advindas da situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha; d) o aleitamento materno junto às adolescentes, sobretudo às adolescentes puérperas e mães em situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha; e) os cuidados de saúde bucal; f) o desenvolvimento na Rede de Atenção Psicosocial (RAPS) de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede; g) a articulação com a RAPS, inclusive por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para possibilitar avaliações psicosociais que visem à identificação de situações de sofrimento psíquico, transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para a realização de intervenções terapêuticas; e h) o desenvolvimento dos trabalhos com os determinantes sociais de saúde relacionados às vulnerabilidades pessoais e sociais desta população, além de outras ações que efetivamente sejam promotoras da saúde integral dos adolescentes em conflito com a lei. Fonte: *inciso I do caput do art. 10 do Anexo XVII da PRC GM/MS nº 2.*
4. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, a linha de cuidado da atenção aos usuários com demanda para a realização das ações na Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras é estruturada pela Atenção Básica e Atenção Especializada, em conformidade com a RAS e seguindo as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no SUS. À Atenção Básica, que é responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede, compete: I – realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos às doenças raras; II – desenvolver ações voltadas aos usuários com doenças raras, na perspectiva de reduzir os danos relacionados a essas doenças no seu território; III – avaliar a

vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com doenças raras e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários e seus familiares; IV – implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas, e seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção; V – encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de doença rara para confirmação diagnóstica; VI – coordenar e manter o cuidado das pessoas com doenças raras, quando referenciados para outros pontos da RAS; VII – registrar as informações referentes às doenças raras nos sistemas de informação vigentes, quando couber; VIII – realizar o cuidado domiciliar às pessoas com doenças raras, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e com os serviços de atenção especializada e serviços de referência em doenças raras locais e com demais pontos de atenção, conforme proposta definida para a região de saúde; e IX – implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a PNH. Fonte: *caput do art. 13 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

5. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde e sofrimento devem ser acolhidos. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*
6. No âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, 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 respon-

sabilidade 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. Fonte: *caput do art. 12 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

7. Conjunto de ações e serviços longitudinais de saúde no âmbito individual e coletivo, de caráter territorial e comunitário, que abrange o cuidado/tratamento, a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, a vigilância em saúde, a reabilitação e a redução de danos à saúde, coordenando ou integrando o cuidado fornecido em outros pontos de atenção. Fonte: *Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.*
8. No âmbito de Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, seus serviços deverão estar qualificados a desenvolver: ações de prevenção primária e secundária – como, por exemplo, controle da gestante de alto-risco, atenção à desnutrição –, detecção precoce de fatores de riscos – como controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo –, bem como o atendimento às intercorrências gerais de saúde da população com deficiência; ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade da pessoa com deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para as pessoas com distúrbios de comunicação. No nível de atenção básica, os serviços deverão estar qualificados a desenvolver: ações de prevenção primária e secundária – como, por exemplo, controle da gestante de alto-risco, atenção à desnutrição –, detecção precoce de fatores de riscos – como controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo –, bem como o atendimento às intercorrências gerais de saúde da população com deficiência; e ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade da pessoa com deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para as pessoas com distúrbios de comunicação. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*
9. No âmbito Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica: I – princípios: a) universalidade; b) equidade; c) integralidade. II – diretrizes: a) regionalização e hierarquização; b) territorialização; c) população adscrita; d) cuidado centrado na pessoa; e) resolutividade; f) longitudinalidade do cuidado; g) coordenação do cuidado; h) ordenação da rede; i) participação da comunidade. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

10. No âmbito das Diretrizes de Organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco da Rede Cegonha, são atribuições da atenção básica: I – captação precoce da gestante de alto risco, com busca ativa das gestantes; II – estratificação de risco; III – visitas domiciliares às gestantes de sua população adscrita; IV – acolhimento e encaminhamento responsável ao estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco, por meio da regulação; V – acolhimento e encaminhamento responsável de urgências e emergências obstétricas e neonatais; VI – vinculação da gestante ao pré-natal de alto risco; VII – coordenação e continuidade do cuidado; e VIII – acompanhamento do plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional do estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco. Fonte: *caput do art. 42 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*
11. No âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a Atenção Básica priorizará as seguintes ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência: I – promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância; II – acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades; III – educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas; IV – criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência; V – publicação do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência; VI – incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência; VII – implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência; VIII – acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar; IX – apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência; e X – apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência. Fonte: *caput do art. 13 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*
12. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento [Anexo XXII da Portaria de Consolidação MS/GM 2]. Fonte: *parágrafo único do art. 1º do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*
13. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), e para os fins do Processo Transexualizador, Atenção Básica é o componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade, adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede. Fonte: *inciso I do caput do art. 3º do Anexo I do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.*
14. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde, nos seguintes termos para o componente Atenção Básica: a) realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos ao câncer, tais como alimentação saudável e atividade física, e prevenção de fatores de risco, tais como agentes cancerígenos físicos e químicos presentes no ambiente; b) desenvolver ações voltadas aos usuários de tabaco, na perspectiva de reduzir a prevalência de fumantes e os danos relacionados ao tabaco no seu território, conforme o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer ou conforme diretrizes definidas localmente; c) avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com câncer e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários; d) realizar rastreamento de acordo com os protocolos e as diretrizes federais ou de acordo com protocolos locais, baseado em evidências científicas e na realidade locorregional; e) implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas suspeitos dos tipos de cânceres passíveis desta ação e o seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção; f) encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de câncer para confirmação diagnóstica; g) coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde; h) registrar as informações referentes às ações

de controle de câncer nos sistemas de informação vigentes, quando couber; i) realizar atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo às pessoas com câncer, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e com as UNACON e os CACON, articulada com hospitais locais e com demais pontos de atenção, conforme proposta definida para a região de saúde; e j) desenvolver ações de saúde do trabalhador por meio da capacitação das equipes para registro do histórico ocupacional, tanto a ocupação atual quanto as anteriores, contendo atividades exercidas e a exposição a agentes cancerígenos inerentes ao processo de trabalho, otimizando as ações de vigilância do câncer relacionado ao trabalho. Fonte: *inciso I do caput do art. 26 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

15. No âmbito dos Elementos Informativos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a ação da APS [Atenção Primária à Saúde] é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Assim, cabe à APS considerar sempre que os territórios são espaços sócio-políticos dinâmicos, com trabalhadores residentes e não residentes, executando atividades produtivas e de trabalho em locais públicos e privados, peri e intradomiciliares. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.*

16. No âmbito de Operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica, a Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS. A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção

da saúde. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Atenção Básica em Genética Clínica ver Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica

Atenção de Urgência e Emergência

1. No âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a Atenção de Urgência e Emergência deverá: I – responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência; II – instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência; III – ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar; IV – ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; e V – ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim. Fonte: *caput do art. 22 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*

Atenção Domiciliar à Saúde (AD)

1. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde, nos seguintes termos para o componente Atenção Domiciliar: a) realizar o cuidado paliativo de acordo com as linhas de cuidado locais, compartilhando e apoiando o cuidado com as equipes de atenção básica e articulando com os pontos de atenção especializados de cuidado da pessoa com câncer; b) atuar com competência cultural, para reconhecimento adequado de valores e funcionamento das famílias atendidas, aliada à humildade cultural, para a ênfase ao respeito dessas mesmas características observadas, em espaço e em tempo tão íntimos que é o evento morte no domicílio; c) comunicar-se de forma clara, possibilitando ao paciente e à família a possibilidade de receber todas as informações necessárias e expressar todos os sentimentos; d) atingir o maior nível de controle dos sintomas, com ênfase no controle da dor; e) preparar paci-

ente e familiares para a morte dentro dos limites de cada um, e proporcionar o máximo alívio do sofrimento; f) instrumentalizar cuidadores e familiares para o cuidado paliativo domiciliar; g) proporcionar qualidade de vida e dignidade para paciente e familiares, com todo o suporte e segurança possível. Fonte: *inciso II do caput do art. 26 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

2. 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 oportunidade para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. Fonte: *caput do art. 535 da PRC GM/MS nº 5.*

3. 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. Fonte: *inciso I do caput do art. 532 da PRC GM/MS nº 5.*

4. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, compete-lhe: I – realizar o cuidado às pessoas com doença rara de forma integrada com os componentes da Atenção Básica e da Atenção Especializada; II – implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a PNH; III – instrumentalizar e orientar cuidadores e familiares para o cuidado domiciliar; IV – contribuir para a qualidade de vida da pessoa com doença rara no ambiente familiar; e V – promover ações que auxiliem a autonomia das pessoas com doenças raras. Fonte: *parágrafo 3º do art. 13 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

Ver também: Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Atenção Especializada à Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, a linha de cuidado da atenção aos usuários com demanda para a realização das ações na Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras é estruturada pela Atenção Básica e Atenção Especializada, em conformidade com a RAS e seguindo as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no SUS. A Atenção Especializada, composta pelo conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma in-

tegral, resolutiva e em tempo oportuno, é composta, ainda, por: I – Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, a quem compete oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica para uma ou mais doenças raras, em caráter multidisciplinar; e II – Serviço de Referência em Doenças Raras, que oferece atenção diagnóstica e terapêutica específica, em caráter multidisciplinar. Fonte: *parágrafo 2º do art. 13 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, na Atenção Especializada: a) o acesso à assistência de média e alta complexidade na rede de atenção do SUS; b) a implementação de estratégias para promoção de cuidados adequadas nos componentes ambulatorial especializado e hospitalar, considerando-se as especificidades de abordagem desta clientela e os agravos decorrentes da institucionalização; c) acesso a Serviço Hospitalar de Referência, em caso de necessidade, para atenção aos adolescentes com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com o oferecimento de suporte hospitalar por meio de internações de curta duração, respeitando-se as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e os acolhendo em regime de curta permanência. Fonte: *inciso II do caput do art. 10 do Anexo XVII da PRC GM/MS nº 2.*

3. No âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, 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. Fonte: *caput do art. 13 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

4. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde, nos seguintes termos para o Componente Atenção Especializada: composto por ambulatórios de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados habilitados para a assistência oncológica que devem apoiar e

complementar os serviços da atenção básica na investigação diagnóstica, no tratamento do câncer e na atenção às urgências relacionadas às intercorrências e à agudização da doença, garantindo-se, dessa forma, a integralidade do cuidado no âmbito da rede de atenção à saúde, sendo constituído por: a) Atenção Ambulatorial: composto por conjunto de serviços que caracterizam o segundo nível de atenção, qual seja de média complexidade, e que realizam o atendimento especializado, exames para diagnóstico do câncer, apoio terapêutico e o tratamento de lesões precursoras, com as seguintes responsabilidades: 1. realizar assistência diagnóstica e terapêutica; 2. realizar, sempre que necessário, a contrarreferência dos usuários para a unidade básica de saúde; 3. oferecer apoio técnico às equipes de Atenção Básica e de Atenção Domiciliar com o objetivo de ampliar a resolutividade destes; e 4. estabelecer e assegurar o encaminhamento dos usuários, quando indicado, com suspeição ou confirmação diagnóstica de câncer para as UNACON e os CACON. b) Atenção Hospitalar: composto pelos hospitais habilitados como UNACON e CACON e pelos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica, onde são oferecidos os tratamentos especializados de alta complexidade e densidade tecnológica para as pessoas com câncer, os quais devem ser estruturados considerando-se os dados epidemiológicos, as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando-se a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde, sendo que: 1. Os hospitais habilitados como UNACON são estruturas hospitalares que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está inserido, enquanto as estruturas hospitalares habilitadas como CACON realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, mas não obrigatoriamente dos cânceres raros e infantis, cujas responsabilidades são: 2. determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados; 3. oferecer serviços de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, incluindo-se a hormonioterapia, e cuidados paliativos, em nível ambulatorial e de internação, a depender do serviço e da necessidade identificada em cada caso; 4. registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes; 5. realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; 6. ofertar e orientar tecnicamente os cuidados paliativos com assistên-

cia ambulatorial, internação e assistência domiciliar, incluindo o controle da dor e o fornecimento de opiáceos, pelo próprio hospital ou articulados e organizados na rede de atenção à saúde a que se integra; 7. ao CACON, oferecer, obrigatoriamente, tratamento de cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar; 8. À UNACON, oferecer minimalemente os tratamentos de cirurgia e quimioterapia, porém, neste caso, a unidade hospitalar deve, obrigatoriamente, ter o tratamento de radioterapia referenciado e contratualizado formalmente; e 9. na hipótese das UNACON e dos CACON não oferecerem dentro de sua estrutura hospitalar atendimento de hematologia, oncologia pediátrica, transplante de medula óssea e cuidados paliativos, estes serviços devem ser formalmente referenciados e contratualizados. Fonte: *inciso III do caput do art. 26 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

5. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), e para os fins do Processo Transexualizador, Atenção Especializada é um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno. Para garantir a integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Especializada, serão definidas as seguintes modalidades: I - Modalidade Ambulatorial: consiste nas ações de âmbito ambulatorial, quais sejam acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador no SUS e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI [da PRC MS/GM nº 2]; e II - Modalidade Hospitalar: consiste nas ações de âmbito hospitalar, quais sejam realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador no SUS e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI [da PRC MS/GM nº 2]. Fonte: *inciso II do ca-*

put do art. 3º do Anexo 1 do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.

Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva

1. Aquela realizada pelos estabelecimentos de saúde que ofereçam apoio diagnóstico e terapêutico especializado, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento ambulatorial e hospitalar, na mesma estrutura física.
Fonte: *caput do art. 39 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*

Atenção Especializada em Genética Clínica ver Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica

Atenção Especializada em Oftalmologia

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, consiste em realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada e promover o acesso do paciente portador de doenças oftalmológicas a procedimentos de média e alta complexidade, em serviços especializados de qualidade, visando alcançar impacto positivo na morbidade e na qualidade de vida dos usuários do SUS, por intermédio da garantia da equidade. Fonte: *inciso II do caput do art. 3º do Anexo XXXV da PRC GM/MS nº 2.*

Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências

1. No âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências observarão as seguintes regras de funcionamento: I – constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo em base territorial e que forneça atenção especializada às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo; II – estabelecer-se como lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências; III – produzir, em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisci-

nares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida; IV – garantir que a indicação de dispositivos assistivos devem ser criteriosamente escolhidos, bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo o uso seguro e eficiente; V – melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função; da compensação da função perdida; e da manutenção da função atual; VI – estabelecer fluxos e práticas de cuidado à saúde contínua, coordenada e articulada entre os diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território; VII – realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde; VIII – articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário; IX – articular-se com a Rede de Ensino da Região de Saúde a que pertença, para identificar crianças e adolescentes com deficiência e avaliar suas necessidades; dar apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência. Fonte: *caput do art. 17 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*

2. Implementa pontos de atenção que visam promover a equidade e ampliar o acesso dos usuários do SUS, observadas as seguintes diretrizes: I – proporcionar atenção integral e contínua às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo das deficiências auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências; II – garantir acesso à informação, orientação e acompanhamento às pessoas com deficiência, famílias e acompanhantes; III – promover o vínculo entre a pessoa com deficiência e a equipe de saúde; e IV – adequar os serviços às necessidades das pessoas com deficiência. Fonte: *caput do art. 16 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*

Atenção Hematológica e/ou Hemoterápica em Estabelecimento de Saúde

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, é o conjunto de ações que integram a assistência especializada em coagulopatias e hemoglobinopatias e/ou o conjunto de ações referentes a captação do doador, o ciclo de produção do sangue, testes sorológicos, testes imunohematológicos, distribuição e transfusão de sangue e componentes e demais atividades hemoterápicas. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Atenção Hospitalar

1. No âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a Atenção Hospitalar deverá: I – responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência; II – instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência; III – ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar; IV – ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; e V – ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim. Fonte: *caput do art. 22 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*
2. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde, nos seguintes termos para o Componente Atenção Hospitalar: composto pelos hospitais habilitados como UNACON e CACON e pelos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica, onde são oferecidos os tratamentos especializados de alta complexidade e densidade tecnológica para as pessoas com câncer, os quais devem ser estruturados considerando-se os dados epidemiológicos, as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando-se a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde, sendo que: a) os hospitais habilitados como UNACON são estruturas hospitalares que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está

inserido, enquanto as estruturas hospitalares habilitadas como CACON realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, mas não obrigatoriamente dos cânceres raros e infantis, cujas responsabilidades são: 1. determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados; 2. oferecer serviços de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, incluindo-se a hormonoterapia, e cuidados paliativos, em nível ambulatorial e de internação, a depender do serviço e da necessidade identificada em cada caso; 3. registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes; 4. realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; 5. ofertar e orientar tecnicamente os cuidados paliativos com assistência ambulatorial, internação e assistência domiciliar, incluindo o controle da dor e o fornecimento de opiáceos, pelo próprio hospital ou articulados e organizados na rede de atenção à saúde a que se integra; 6. ao CACON, oferecer, obrigatoriamente, tratamento de cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar; 7. A UNACON, oferecer minimamente os tratamentos de cirurgia e quimioterapia, porém, neste caso, a unidade hospitalar deve, obrigatoriamente, ter o tratamento de radioterapia referenciado e contratualizado formalmente; e 8. na hipótese das UNACON e dos CACON não oferecerem dentro de sua estrutura hospitalar atendimento de hematologia, oncologia pediátrica, transplante de medula óssea e cuidados paliativos, estes serviços devem ser formalmente referenciados e contratualizados; b) os Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica procedem ao tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à rede de atenção à saúde e realizam o encaminhamento, de forma regulada, dos casos operados que necessitam de complementação terapêutica, clínica especializada (radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia), devendo, para isso, ter como base os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados, sendo que sua estruturação deve considerar dados epidemiológicos (população sob sua responsabilidade, estimativa de incidência e envelhecimento populacional), as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde, cujas responsabilidades são: 1. determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento

de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados; 2. oferecer o tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à rede de atenção à saúde e desenvolver ações de cuidado às pessoas com câncer, em especial, na atenção às intercorrências ou agudização da doença; 3. encaminhar, de forma regulada, os casos que necessitam de complementação terapêutica clínica especializada (radio-terapia, iodoterapia ou quimioterapia), devendo, para isso, ter como base os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados; 4. realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; e 5. registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes. Fonte: alínea b do inciso III do caput do art. 26 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.

Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

1. Componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência que deverá: I – responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência; II – instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência; III – ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar; IV – ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; e V – ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim. Fonte: caput do art. 22 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.

Atenção Humanizada ao Parto e Nascimento

1. No âmbito das Diretrizes para Implantação e Habilitação de Centro de Parto Normal (CPN) da Rede Cegonha, respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto. Fonte: inciso II do caput do art. 12 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Atenção Humanizada e Qualificada à Gestação, ao Parto, ao Nascimento e ao Recém-Nascido

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformato-se uma rede articulada de atenção. Fonte: inciso I do caput do art. 6º do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.

Atenção Integral à Criança em Situação de Violências, Prevenção de Acidentes e Promoção da Cultura de Paz

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligéncia e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território. Fonte: inciso V do caput do art. 6º do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.

Atenção Integral a Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a Atenção Integral é um dos eixos estratégicos da Política e se orienta para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível. Fonte: inciso IV do caput do art. 6º do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.

Atenção Integral ao Usuário

1. No âmbito da definição do Centro de Atenção Psicosocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV da Rede de Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicosocial (RAPS), inclui as seguintes atividades: I – trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento e tratamento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, conforme definido nesta Portaria; II – atendimento individual para con-

sultas de rotina e de emergência, atendimento psico-terapêutico e de orientação, dentre outros; III – oferta de medicação assistida e dispensada; IV – atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras; V – oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos desta Portaria; VI – visitas e atendimentos domiciliares; VII – atendimento à família, individual e em grupo; VIII – atividades de reabilitação psicosocial; IX – estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social; e X – fornecimento de refeição diária aos usuários. Fonte: *caput do art. 50-D do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

2. No âmbito da Atenção Integral ao Usuário da Rede de Atenção Psicosocial (RAPS), inclui as seguintes atividades: I – trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe interdisciplinar, realizado por trabalhadores de formação universitária e/ou média, conforme definido neste Capítulo; II – atendimento individual para consultas em geral, atendimento psicoterapêutico e de orientação, dentre outros; III – oferta de medicação assistida e dispensada; IV – atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras; V – oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos deste Capítulo; VI – visitas e atendimentos domiciliares; VII – atendimento à família, individual e em grupo; VIII – atividades de reabilitação psicosocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros; IX – estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras; e X – fornecimento de refeição diária aos usuários assistidos, na seguinte proporção: a) os usuários assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária; b) usuários assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias; e c) usuários que permanecerem no serviço durante 24 (vinte e quatro) horas contínuas receberão 4 (quatro) refeições diárias. Fonte: *caput do art. 32 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Atenção Integral à Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, orientadas pelas necessidades da população, e que incluem a atitude do profissional no encontro com os usuários, a organização dos serviços de saúde e a construção de políticas públicas capazes de incidir sobre os determinantes sociais de saúde. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Atenção Integral e Humanizada ao Recém-nascido Grave ou Potencialmente Grave

1. Tem como diretrizes: I – o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos; II – promoção da equidade; III – integralidade da assistência; IV – atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário; V – atenção humanizada; e VI – estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido. São objetivos: I – organizar a Atenção à Saúde Neonatal para que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; II – priorizar ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal e que possibilitem o desenvolvimento saudável do recém-nascido e sua integração na família e sociedade; III – garantir acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal, por meio da melhoria da organização do acesso aos serviços e ampliação da oferta de leitos em unidades neonatal; IV – induzir a formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao recém-nascido, que deverá ultrapassar exclusivamente a preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS; e V – induzir a implantação de mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves no SUS. Fonte: *caput do art. 66 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa, deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infraes-

trutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica. Fonte: Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.

Atenção Nutricional

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Atenção Psicossocial

1. Conjunto de ações intersetoriais de caráter territorial e comunitário que visa à substituição do modelo asilar manicomial, por meio de cuidados que possibilitem a reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, garantindo atenção contínua às situações de crise em saúde mental e articulação do cuidado com outros pontos de atenção. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Atenção Secundária

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, aquela em que os serviços deverão estar qualificados para atender as necessidades específicas das pessoas com deficiência advindas da incapacidade propriamente dita. Nesse nível, por conseguinte, será prestado o tratamento em reabilitação para os casos referendados, mediante atuação de profissional especializado para tal e utilização de tecnologia apropriada (tais como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, avaliação e acompanhamento do uso de órteses e próteses, entre outros). Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Atenção Terciária

1. Um dos componentes que estruturam a Rede de Atenção à Saúde. A estrutura operacional da RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. Os componentes que estruturam a RAS incluem: APS - centro

de comunicação; os pontos de atenção domiciliar e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança. Fonte: Anexo I da PRC GM/MS nº 3.

Ver também: Nível Terciário.

Atendimento de Recuperação e Reabilitação

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violência, é o atendimento oferecido após a alta do paciente, geralmente em ambiente ambulatorial. Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

Atendimento Hospitalar em Reabilitação

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, constitui-se em terapias realizadas em nível hospitalar visando reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Atendimento Ininterrupto

1. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, aquele que funciona nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana. Fonte: parágrafo 1º do art. 16 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

Ver também: Porta de Entrada.

Atendimento Intensivo

1. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II, deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, definido como aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário. Fonte: parágrafo único do art. 24 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.

Atendimento Não-Intensivo

1. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II, deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, defi-

nido como atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor. Fonte: parágrafo único do art. 24 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.

Atendimento Pediátrico

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e para efeitos da Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, é a atenção dispensada à criança de 28 dias a 12 anos, em regime de internação. Fonte: caput do art. 4º do Anexo 8 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.

Atendimento Pré-Hospitalar (APH)

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violência, tem a finalidade de atender vítimas em situação de urgência e emergência, antes da sua chegada ao hospital. No Brasil, existem dois sistemas de APH em nível público: o do telefone n.º 192, desenvolvido e operacionalizado pelo governo municipal, e o do sistema 193, de caráter estadual, a cargo dos Corpos Bombeiros. Em algumas cidades, ambos têm a presença do profissional médico. Os dois sistemas funcionam a partir de uma central de chamados, que recebe as solicitações. Dessa central emanam as ordens e apoio às diferentes ações. De acordo com as novas orientações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, as centrais de APH deverão ampliar as suas especificações e objetivos, passando a ser denominadas de Regulação Médica. Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

Atendimento Semi-Intensivo

1. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II, deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma semi-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, definido como tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS. Fonte: parágrafo único do art. 24 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.

Atividade Principal do Estabelecimento de Saúde

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, é a atividade preponderante do estabelecimen-

to, ou aquela que diferencia o tipo de atendimento realizado no local, e as atividades secundárias, quando for o caso, permitem demonstrar quais as demais atividades não preponderantes também são desempenhadas. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Atividades Básicas da Vida Diária (AVD)

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, incluem: tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão. Fonte: Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, incluem: preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva. Fonte: Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.

Atração de Investimentos em Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde

1. Atração de Investimentos compreende: definir uma política para a atração de investimentos com base em modelos internacionais de sucesso; mapeamento dos países mais atrativos para investimento nos diversos segmentos do complexo produtivo; levantamento dos fundos internacionais (investimentos, subvenções, venture capital, seed money, joint venture, offset, etc.); e estimular o uso das Leis do Bem e da Inovação e identificar possibilidades de se desenvolver outros mecanismos de subvenção para o setor produtivo. Fonte: Anexo XCIV da PRC GM/MS nº 5.

ATS ver Avaliação de Tecnologias em Saúde

Auditória

1. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos. Constitui-se, ainda, como conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão

pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal. Fonte: Anexo I do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.

Auditoria Clínica

1. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, há três enfoques principais de auditoria clínica: auditoria implícita, que utiliza opinião de experts para avaliar a prática de atenção à saúde; a auditoria explícita, que avalia a atenção prestada contrastando-a com critérios pré-definidos, especialmente nas diretrizes clínicas; e a auditoria por meio de eventos-sentinela. A auditoria clínica consiste na análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes em todos os pontos de atenção, observada a utilização dos protocolos clínicos estabelecidos. Essa auditoria não deve ser confundida com a auditoria realizada pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Fonte: Anexo I da PRC GM/MS nº 3.
2. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, análise crítica e sistemática da qualidade de atenção à saúde prestada no hospital, incluindo-se os procedimentos usados para o diagnóstico e o tratamento, uso dos recursos e os resultados para os usuários. Fonte: *inciso IV do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Auditoria de Gestão

1. Auditoria que abrange a verificação das estruturas administrativas, dos processos e métodos de trabalho, das ações finalísticas e dos resultados. Fonte: *parágrafo 1º do art. 22 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 4.*

Auditoria Especializada

1. Organizada por campo de atuação médica, programa de saúde, ou por região geográfica, e observa os seguintes critérios, além de outros que se fizerem necessários em cada caso: I – abordagem crítica das ações e serviços de saúde, quanto a aplicação de recursos e a qualidade e eficácia da assistência; e II – impacto de atuação em face das prioridades estabelecidas nas políticas de saúde. Fonte: *parágrafo 2º do art. 22 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 4.*

Automonitoramento da Glicemia Capilar

1. No âmbito dos Critérios e Indicações para Automonitoramento da Glicemia Capilar, o automonitoramento do nível de glicose do sangue por intermédio da medida da glicemia capilar é considerado uma ferramenta importante para seu controle, sendo parte integrante do autocuidado das pessoas com diabetes mellitus insulino-dependentes, aí compreendidos os portadores de diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que usam insulina e diabetes gestacional (DG). Fonte: Anexo LXXXVII da PRC GM/MS nº 5.

Autonegligência

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violência, conduta de pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, com a recusa ou o fracasso de prover a si mesmo um cuidado adequado. Fonte: Anexo I do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

Autoridade de Saúde

1. No âmbito da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Fonte: *inciso II do caput do art. 2º do Anexo V da PRC GM/MS nº 4.*

Autoridade Fiscalizadora Competente

1. No âmbito das Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa, agente público competente da vigilância sanitária e da saúde suplementar, com poder de polícia administrativo. Fonte: *inciso IV do caput do art. 4º do Anexo CII da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Evento de Massa (EM) e Autoridade Sanitária.

Autoridade Sanitária

1. No âmbito das Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa, órgão ou agente público competente da área da saúde, com atribuição legal no âmbito da vigilância e da atenção à saúde.

Fonte: *inciso III do caput do art. 4º do Anexo CII da PRC GM/MS nº 5.*

Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

1. Conforme o Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar do SUS aprovado pela Portaria/GM/MS 396 de 12/04/00 a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro utilizado por todos os gestores e prestadores de serviços SUS e apresenta como característica a proposta de pagamento por valores fixos dos procedimentos médico hospitalares onde estão inseridos os materiais que devem ser utilizados, os procedimentos que são realizados, os profissionais de saúde envolvidos e estrutura de hotelaria. Existem dois tipos de AIH: Tipo 1: inicial e Tipo 5: continuidade. Fonte: *Anexo I da Portaria MS/GM 396 de 12/04/2000.*

Avaliação Clínica para Diagnóstico de Doenças Raras

1. No âmbito dos Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, eixo I: 1) Anomalias Congênitas ou de Manifestação Tardia: Avaliação Clínica por médico especialista e investigação laboratorial, referentes ao Eixo Doenças Raras Genéticas que cursam com Anomalias Congênitas ou de Manifestações Tardias; 2) Deficiência Intelectual: Avaliação clínica por médico especialista e investigação laboratorial referente ao Eixo de Doenças Raras Genéticas que cursam com deficiência intelectual; 3) Erros Inatos do Metabolismo: Avaliação clínica por médico especialista e investigação laboratorial referente ao Eixo de Doenças Raras Genéticas que cursam com Erros Inatos do Metabolismo. Fonte: *Anexo 3 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS)

1. No âmbito da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde, processo contínuo de análise e síntese dos benefícios para a saúde e das consequências econômicas e sociais do emprego das tecnologias em saúde, considerando-se os aspectos: segurança; acurácia; eficácia; efetividade; custos; custo-efetividade; impacto orçamentário; equidade; e impactos éticos, culturais e ambientais. Fonte: *parágrafo único do art. 2º do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 3.*

Avaliação do Controle Glicêmico

1. No âmbito dos Critérios e Indicações para Automonitoramento da Glicemia Capilar, as duas abordagens fundamentais para avaliar o controle glicêmico são: a medida da Hemoglobina Glicada (A1c) e o automonitoramento da glicemia capilar (AMGC); ambas fornecem informações fundamentais e complementares para um tratamento adequado. Fonte: *Anexo LXXXVII da PRC GM/MS nº 5.*

Avaliação e Controle do Automonitoramento da Glicemia Capilar

1. A reavaliação das habilidades para o autocuidado, para o uso adequado das informações colhidas com o teste e da exatidão e precisão dos resultados oferecidos pelos glicosímetros devem ser feitas pelo menos anualmente ou quando houver discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas. Para isso, os resultados dos testes com o glicosímetro devem ser comparados com os da glicemia em jejum de laboratório medido simultaneamente. O paciente deve fazer o registro dos resultados das glicemias capilares na frequência estabelecida pela equipe e este deve estar disponível quando os retornos agendados e registrados nos prontuários. Outro fator a ser reavaliado é a frequência e a constância da realização da glicemia capilar em “ponta do dedo”; essas são influenciadas pelo desconforto causado pelo alto número de terminações nervosas presentes neste local o que pode afetar a adesão do paciente. Alguns trabalhos recentes apresentam sítios alternativos para glicemia capilar, porém são pouco utilizados. Fonte: *Anexo LXXXVII da PRC GM/MS nº 5.*

Avaliação Funcional

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, avalia a capacidade de o indivíduo em manter as habilidades motoras, mentais e sensoriais para uma vida independente e autônoma. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Avaliação Neuropsicológica/Neurocomportamental [Trabalhadores Expostos ao Benzeno]

1. No âmbito das Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores expostos ao Benzeno, um instrumento para investigação dos efeitos que à exposição a substâncias neurotóxicas produz sobre os processos psíquicos no homem. Objetiva estabelecer a presença ou não de disfunção cognitiva e distúrbios afetivos e lo-

calizar alterações sutis, a fim de detectar as disfunções ainda em estágios iniciais. Fonte: Anexo LXVIII da PRC GM/MS nº 5.

Avaliação Nutricional

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), análise de indicadores diretos (clínicos, bioquímicos, antropométricos) e indiretos (consumo alimentar, renda e disponibilidade de alimentos, entre outros) que têm como conclusão o diagnóstico nutricional do indivíduo ou de uma população. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Avaliação para Tratamento Cirúrgico para Obesidade

1. Aquela que deve contemplar todos os critérios de indicação e contra indicação do tratamento cirúrgico da obesidade, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada. Fonte: Anexo 3 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.
2. Avaliação que contempla todos os critérios de indicação e contra indicação do tratamento cirúrgico da obesidade, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada. Fonte: Anexo 1 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.

Ver também: Indivíduo com Indicação para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade.

AVD ver Atividades Básicas da Vida Diária

Ayurveda

1. No âmbito da Definição das práticas de ArteTerapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Músicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), considerado uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo, foi desenvolvido na Índia durante o período de 2000-1000 a.C. Utilizou-se de observação, experiência e os recursos naturais para desenvolver um sistema único de cuidado. Ayurveda significa a Ciência ou Conhecimento da Vida. Este conhecimento estruturado agrupa em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não desvinculá-los e considerando os campos energético, mental e espiritual. A OMS descreve sucintamente o Ayurveda, reconhecendo sua utilização para prevenir e curar doenças, e reconhece que

esta não é apenas um sistema terapêutico, mas também uma maneira de viver. No Ayurveda a investigação diagnóstica leva em consideração tecidos corporais afetados, humores, local em que a doença está localizada, resistência e vitalidade, rotina diária, hábitos alimentares, gravidade das condições clínicas, condição de digestão, detalhes pessoais, sociais, situação econômica e ambiental da pessoa. Considera que a doença inicia-se muito antes de ser percebida no corpo, aumentando o papel preventivo deste sistema terapêutico, tornando possível tomar medidas adequadas e eficazes com antecedência. Os tratamentos no Ayurveda levam em consideração a singularidade de cada pessoa, de acordo com o dosha (humores biológicos) do indivíduo. Assim, cada tratamento é planejado de forma individual. São utilizadas técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (ásanas), pranayamas (técnicas respiratórias), mudras (posições e exercícios) e o cuidado dietético. Fonte: Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Letra B

Banco de Leite Humano (BLH) (BLH)

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, tem por competência: a) promover, proteger e apoiar o aleitamento materno; b) operacionalizar, de forma otimizada, o excedente da produção láctica de suas doadoras; c) executar as operações de coleta, seleção e classificação, processamento, controle clínico, controle de qualidade e distribuição do Leite Humano Ordenhado (LHO), em conformidade com os dispositivos legais vigentes; d) responder pelo funcionamento dos Postos de Coleta a ele vinculados; e) buscar a certificação da qualidade dos produtos e processos sob sua responsabilidade; e f) a licença para funcionamento do Banco de Leite Humano condiciona-se à designação de um coordenador local de nível superior. Fonte: Anexo 2 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Banco de Multitecidos (BMT)

1. Estabelecimento que, tendo cumprido as exigências gerais e específicas contidas no Regulamento Técnico do SNT e as estabelecidas no Anexo XI , seja apto a processar mais de um tipo de tecido humano para transplante. Fonte: parágrafo 1º do art. 221 da PRC GM/MS nº 6.

Banco de Olhos

1. Serviço que, em instalações físicas, de equipamentos, técnicas e profissionais, seja destinado a captar, retirar, classificar, preparar e conservar tecidos oculares de procedência humana para fins terapêuticos ou científicos. Fonte: *parágrafo 2º do art. 214 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP)

1. No âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, serviço destinado a coletar, transportar, processar, armazenar, registrar e disponibilizar células progenitoras hematopoéticas de sangue de cordão umbilical e placentário para a realização de transplante alógênico não-aparentado. Fonte: *Anexo 8 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Banco de Tecido Ocular Humano (BTOC)

1. Banco de tecido que tem como obrigações específicas: a) articular-se com a CNCDO do Estado, quanto à necessidade de receber os tecidos oculares captados em uma determinada região de sua abrangência, para o devido processamento; b) participar da captação dos tecidos oculares doados, nas áreas de abrangência definidas pela CNCDO a que estiver subordinado; c) receber apenas tecidos oculares humanos obtidos por outras equipes de captação devidamente autorizadas pela CNCDO; d) respeitar a numeração dos tecidos oculares captados a ser fornecida pela CNCDO do Estado, numeração essa que deverá acompanhar todas as etapas de processamento desses tecidos até a distribuição pelo sistema de lista única; e) encaminhar a CNCDO do Estado os documentos de autorização de doação, imediatamente após a captação; f) avaliar e processar tecidos oculares humanos para fins de utilização em transplantes ou enxertos; g) garantir a realização dos exames laboratoriais necessários à identificação de possíveis contraindicações que impossibilitem a utilização do enxerto; h) disponibilizar todos os tecidos oculares obtidos, para distribuição pela CNCDO do Estado; i) fornecer à equipe médica responsável pela realização do transplante ou enxerto todas as informações necessárias a respeito do tecido a ser utilizado, bem como sobre seu doador; j) manter arquivo próprio com dados sobre os tecidos processados, seus doadores e receptores. Fonte: *Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Banco de Tecidos [Sistema Nacional de Transplantes]

1. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, estabelecimento de saúde que dispõe de instalações físicas, equipamentos, recursos humanos e técnicas adequadas para identificação e triagem dos doadores, captação, processamento, armazenamento e distribuição de tecidos e seus derivados, de procedência humana, de doadores vivos ou cadáveres, para fins terapêuticos e de pesquisa. O Banco de Tecidos será classificado nas seguintes modalidades: I – Banco de Tecidos Oculares – Habilitação 24.13; II – Banco de Tecidos Cardiovasculares – Habilitação 24.14; III – Banco de Tecidos Músculo Esqueléticos – Habilitação 24.15; IV – Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário – Habilitação 24.16; e V – Banco de Pele – Habilitação 24.22. Fonte: *caput do art. 164 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*
2. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, compete: I – participar, sob a coordenação da CNCDO do Estado ou do Distrito Federal e da CGSNT, do esforço de divulgar, promover e esclarecer a população a respeito da importância da doação de órgãos e tecidos; II – coletar, registrar e avaliar dados clínicos e laboratoriais de todos os doadores de tecidos e seus derivados, observando-se a especificidade de cada tecido; III – organizar e efetuar a retirada dos tecidos doados, obedecendo às normas e orientações da CNCDO a que estiver subordinado, cabendo ao Banco de Tecidos a decisão final sobre a aceitação ou não da doação; IV – receber os tecidos humanos obtidos por profissionais do próprio Banco ou por outros profissionais autorizados pela CGSNT; V – capacitar os profissionais de equipes especializadas não pertencentes ao Banco, envolvidos em retiradas de tecidos humanos, dentro da sua área de abrangência e sob a supervisão da CNCDO estadual ou da CGSNT, quanto aos processos de segurança e qualidade do Banco, garantindo a incorporação das rotinas e protocolos operacionais utilizados pelo Banco em suas atividades; VI – garantir e documentar, por meio de protocolos definidos em um Manual Técnico-Operacional, e por meio de registros, a padronização relativa aos processos e ao controle da qualidade dos tecidos humanos que estejam sob sua responsabilidade, a serem elaborados pelo Banco e revisados anualmente; VII – manter registros dos processos e controles para monitoramento da qualidade dos procedimentos, equipamentos, reagentes e correlatos; VIII – enviar relatórios mensais à CNCDO e à VISA local, e trimestrais à CGSNT sobre o número de doadores ofertados

(aceitos e recusados), e de tecidos captados, processados, armazenados (quantidade em estoque), distribuídos ou descartados, especificando lotes e número de itens produzidos por apresentação; IX – manter registro de entrada dos tecidos contendo todos os dados de identificação, triagem do doador, retirada e tecidos doados; X – manter arquivo próprio com os prontuários de doadores contendo dados sobre as atividades de captação, inclusive cópia do consentimento livre e esclarecido da doação, retirada, identificação, processamento, distribuição e descarte de todos os lotes ou itens de tecidos de cada doador, por prazo mínimo de 20 (vinte) anos após a distribuição ou descarte, garantindo assim sua rastreabilidade; XI – fornecer tecidos humanos e seus derivados, para uso terapêutico, unicamente para profissionais transplantadores devidamente autorizados pela CGSNT; XII – disponibilizar ao profissional responsável pelo transplante todas as informações necessárias a respeito do tecido a ser utilizado, bem como sobre seu doador, mantendo em sigilo a sua identidade; XIII – manter registro de distribuição de tecidos para transplante contendo os dados de identificação dos receptores, dos profissionais transplantadores, a indicação terapêutica, a identificação dos lotes e itens de tecido distribuídos a este receptor, por no mínimo 20 (vinte) anos, garantindo assim sua rastreabilidade; XIV – manter em arquivo próprio e notificar à CNCDO/CGSNT e à Vigilância Sanitária a ocorrência de falhas em protocolos que possam comprometer a saúde de receptores e de efeitos indesejáveis relatados após os transplantes, bem como as medidas adotadas para saneamento ou atenuação dos riscos, assegurando o seguimento dos receptores e o rastreamento de todos os lotes/itens de tecidos do mesmo doador distribuídos ou armazenados e assegurando o seu descarte; XV – assegurar formação e aperfeiçoamento de recursos humanos responsáveis por todas as etapas e controles de qualidade envolvidos no processo, triagem clínica e laboratorial, captação, identificação, processamento, armazenamento, transporte e distribuição ou descarte dos tecidos; XVI – documentar as capacitações realizadas mantendo a documentação comprobatória quanto à avaliação do curso e/ou programa de capacitação, informando data, carga horária, participantes e expertise dos docentes, e registros de instrumentos de avaliação de satisfação dos participantes. Fonte: *caput do art. 170 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Banho Terapêutico

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, técnica de base antroposófica que utiliza o banho como recurso complementar na promoção da saúde e pode ocorrer com ou sem uso de calor ou de substâncias, como óleos essenciais, emulsão de plantas e chás. Pode ser de escova, de fricção, de assento, entre outros, e obedece a uma sequência rítmica, respeitando-se um período de repouso após o banho. Fonte: *Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.*

Ver também: Medicina Antroposófica (MA).

Base Descentralizada

1. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, infraestrutura que garante tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s). Fonte: *inciso III do caput do art. 40 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

1. Conjunto de dados e eventos referentes aos medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e do Programa Farmácia Popular do Brasil para composição da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. Fonte: *caput do art. 391 da PRC GM/MS nº 1.*

Ver também: Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde

1. Composto pelo Cadastro Nacional de Usuários do SUS, contendo os dados de identificação e de residência dos usuários, que tem por objetivo a identificação unívoca dos usuários do SUS em âmbito nacional, mediante a atribuição de número único de identificação gerado pelo Ministério da Saúde. Fonte: *caput do art. 267 da PRC GM/MS nº 1.*

Ver também: Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão).

Benzenismo ver Toxicidade pelo Benzeno

Benzeno

1. No âmbito das Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores expostos ao Benzeno, é um hidrocarboneto aromático que se apresenta como um líquido incolor, lipossolúvel, volátil, inflamável, de odor característico, perceptível a concentrações da ordem de 12 ppm, cuja fórmula molecular é C₆H₆. Registro CAS n.71-43-2, registro ONU n.1114. O benzeno é um mielotóxico regular, leucemogênico e cancerígeno, mesmo em baixas concentrações. Fonte: Anexo LXVIII da PRC GM/MS nº 5.

Biodança

1. No âmbito da Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Misticoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), Danças Circulares Sagradas ou Dança dos Povos, ou simplesmente Dança Circular é uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmônica entre os participantes. Os indivíduos dançam juntos, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos, liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades. O principal enfoque na Dança Circular não é a técnica e sim o sentimento de união de grupo, o espírito comunitário que se instala a partir do momento em que todos, de mãos dadas, apoiam e auxiliam os companheiros. Assim, ela auxilia o indivíduo a tomar consciência de seu corpo físico, harmonizar o emocional, trabalhar a concentração e estimular a memória. As danças circulares podem criar espaços significativos para o desenvolvimento de estados emocionais positivos, tornando-se um recurso importante no contexto de grupos, uma vez que estimulam a cooperação, despertam o respeito ao outro, a integração, a inclusão e o acolhimento às diversidades. A prática tem o potencial mobilizador da expressão de afetos e de reflexões que resultam na ampliação da consciência das pessoas. Fonte: Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Biodisponibilidade

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, medida da quantidade de medicamento, contida em uma fórmula farmacêutica, que chega à circulação sistêmica e da velocidade na qual ocorre esse processo. A biodisponibilidade se expressa em relação à administração intravenosa do princípio ativo (biodisponibilidade absoluta) ou a administração, por via oral, de um produto de referência (biodisponibilidade relativa ou comparativa). A biodisponibilidade de um medicamento não deve ser confundida com a fração biodisponível, a menos que se refira à biodisponibilidade absoluta. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Bioenergética

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, visão diagnóstica que, aliada a uma compreensão etiológica do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, por exemplo, e movimentos sincronizados com a respiração. Trabalha o conteúdo emocional por meio da verbalização, da educação corporal e da respiração, utilizando exercícios direcionados a liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos. Propõe a interação homem-corpo-emoção-razão, sendo conduzida a partir da análise desses componentes por meio de conceitos fundamentais (couraça muscular, anéis ou segmentos da couraça muscular) e técnicas corporais (grounding, respiração e massagem). A bioenergética considera que o corpo é capaz de traduzir, em linguagem não verbal, as suas necessidades, por meio de simbolismos ou sintomas apresentando uma memória celular que registra experiências e reage a estes padrões. Desta forma, tornase possível “ler” no corpo, também, as resistências e defesas do indivíduo, uma vez que ele revela expressões emocionais vividas até o momento. Este tipo de defesa, reconhecida como uma couraça, atua tanto na proteção do indivíduo contra ações externas e experiências traumatizantes, quanto na diminuição, de forma gradual, da espontaneidade nas relações humanas, da capacidade de auto percepção, da sensibilidade para o amor, do afeto e compaixão, bem como, dificulta a respiração plena e profunda. A bioenergética pode contribuir com o Sistema Único de Saúde ao proporcionar ao paciente condições de liberar tensões, facilitar a expressão, favorecer o autocognhecimento e promover uma vida mais saudável. Fonte: Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Bioequivalência

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, condição que se dá entre dois produtos farmacêuticos que são equivalentes farmacêuticos e que mostram uma mesma ou similar biodisponibilidade segundo uma série de critérios. Para tanto, dois produtos farmacêuticos devem considerar-se como equivalentes terapêuticos. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Bissexuais ver Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)

BLH ver Banco de Leite Humano (BLH)

Bloco Cirúrgico

1. No âmbito de normas gerais de credenciamento e habilitação do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, no que tange aos leitos adaptados para obesos, ambiente que conta com sala cirúrgica equipada para obesos, com mesa cirúrgica que resista a pesos superiores a 230 kg e suportes que possibilitem a fixação e a mobilidade do paciente, além dos equipamentos descritos a seguir: a) capnógrafo; b) oxímetro de pulso; c) monitor de transporte; d) monitor de pressão não invasiva; e) monitor de pressão invasiva; f) 02 (duas) bombas de infusão, no mínimo; g) aparelho de pressão com manguito especial para obesos; h) material de emergência para reanimação cardiorrespiratória; i) afastadores cirúrgicos especiais para operações cirúrgicas de obesos; j) válvulas com lâminas de aço reforçadas, mais longas e largas; k) compressão intermitente para membros inferiores; l) cautério bipolar; e m) maca de transferência de paciente obeso. Fonte: *Anexo 4 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Bloco de Financiamento de Gestão do SUS

1. Tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema e é constituído pelo Componente para a Qualificação da Gestão do SUS e pelo Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde. Fonte: *caput do art. 586 da PRC GM/MS nº 6.*

BMT ver Banco de Multitecidos

Bolsa de Ostomia

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, bolsa coletora de secreções intestinais. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Bolsa para o Aperfeiçoamento e Especialização

1. Bolsa dirigida aos profissionais de saúde que estejam cursando programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, sob supervisão docente assistencial ou de residência em área profissional da saúde, credenciados junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), e a médicos que estejam cursando programas de residência médica, credenciados junto à CNRM, dando-se preferência, em qualquer caso, às áreas temáticas de regiões geográficas ou aos serviços assistenciais prioritários ao sistema de saúde. Fonte: *caput do art. 730 da PRC GM/MS nº 5.*

Bolsa para o Corpo Docente

1. Dirigida àqueles que exercem funções de preceptoria, de tutoria e de orientação em serviço. Fonte: *caput do art. 731 da PRC GM/MS nº 5.*

Bolsa para o Trabalhador-Estudante

1. Dirigida a profissionais que estejam realizando curso de pós-graduação lato ou stricto sensu e que integrem programas, projetos, ações e atividades em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde, observadas as estratégias do Ministério da Saúde para o provimento e a fixação de profissionais de saúde. Fonte: *art. 732 da PRC GM/MS nº 5.*

Bolsista Próprio

1. Profissional ou estudante que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão/ensino-serviço financiada por instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento. Não regido pela Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 (Lei do estágio). Fonte: *Anexo XXXIV da PRC GM/MS nº 1.*

Bolsista Subsidiado por Outro Ente/Entidade

1. Profissional ou estudante que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão/ensino-serviço financiada por outro ente/entidade (pública ou privada). Não regido pela Lei nº 11.788, de 25 de setembro de

BrasilCord ver Rede Nacional de Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para Transplantes de Células-Tronco Hematopoiéticas

2008 (Lei do estágio). Fonte: *Anexo XXXIV da PRC GM/MS nº 1.*

BrasilCord ver Rede Nacional de Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para Transplantes de Células-Tronco Hematopoiéticas

BSCUP ver Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário

BTME ver Equipe Técnica em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos

BTOC ver Banco de Tecido Ocular Humano

Letra C

Cadastramento

1. Ato de inserir pela primeira vez os dados conformados no modelo de informação do CNES, em aplicativo informatizado ou por meio de "webservice", com vistas à alimentação da base de dados nacional do CNES. Fonte: *inciso I do caput do art. 360 da PRC GM/MS nº 1.*

Cadastro [da Participação Complementar]

1. No âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), registro das informações apresentadas junto ao formulário de inscrição, como o nome da entidade, endereço, descrição da atividade econômica, natureza jurídica, entre outros dados que são de interesse da Administração, no âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Fonte: *inciso IV do caput do art. 129 da PRC GM/MS nº 1.*

Cadastro Nacional de Especialistas

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e para os fins da implantação e da atualização do Cadastro, a CNRM [Comissão Nacional de Médicos Residentes], o CFM [Conselho Federal de

Medicina] e a AMB [Associação Médica Brasileira], e sociedades de especialidades a ela vinculadas disponibilizarão suas bases de dados atualizadas ao Ministério da Saúde com informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico. Fonte: *caput do art. 49 do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.*

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

1. Documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no País, independentemente da natureza jurídica ou de integrarem o SUS, e possui as seguintes finalidades: I – cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços; II – disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação; III – ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento; IV – fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios. O CNES é a fonte de informações oficial sobre estabelecimentos de saúde no País, devendo ser adotado por todo e qualquer sistema de informação que utilize dados de seu escopo e ser utilizado como fonte para todas as políticas nacionais de saúde. Para isso, considera-se, portanto: I – cadastramento: ato de inserir pela primeira vez os dados conformados no modelo de informação do CNES, em aplicativo informatizado ou por meio de "webservice", com vistas à alimentação da base de dados nacional do CNES; II – estabelecimento de saúde: espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica; III – manutenção ou atualização de cadastro: ato de alterar os dados cadastrais de um estabelecimento de saúde previamente inseridos no aplicativo informatizado ou por meio de "webservice", ou reafirmar que seus dados não sofreram mudanças; IV – responsável administrativo: pessoa física proprietária ou competente para administrar ou gerenciar um estabelecimento de saúde; e V – responsável técnico: pessoa física legalmente habilitada a responder tecnicamente, dentro de seu escopo de atuação profissional, por ações e serviços de saúde realizados em um esta-

belecionamento de saúde. Fonte: *caput do art. 359 da PRC GM/MS nº 1*.

Ver também: Terminologia de Formas de Contratação de Profissionais Aplicadas pelo CNES.

Cadastro Nacional de Usuários

1. Cadastro que tem por objetivo a identificação unívoca dos usuários do SUS em âmbito nacional, mediante a atribuição de número único de identificação gerado pelo Ministério da Saúde. Fonte: *caput do art. 268 da PRC GM/MS nº 1*.

Cadastro Técnico Único (CTU)

1. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, será constituído pelo conjunto de potenciais receptores brasileiros, natos ou naturalizados, ou estrangeiros residentes no país inscritos para recebimento de cada tipo de órgão, tecido, célula ou parte do corpo, e regulado por um conjunto de critérios específicos para a distribuição deles a estes potenciais receptores, assim constituindo o Cadastro Técnico Único (CTU). Fonte: *caput do art. 38 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4*.

Cadeia de Cuidados Progressivos à Saúde

1. No âmbito das Diretrizes Operacionais para a Constituição e Funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço, supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações. Fonte: *Anexo LXXXV da PRC GM/MS nº 6*.

Cadeia de Frio

1. No âmbito do Programa Nacional de Imunizações, processo logístico da Rede de Frio para conservação dos imunobiológicos, incluindo-se as etapas de recebimento, armazenamento, distribuição e transporte, de forma oportuna e eficiente, para assegurar a preservação de suas características originais. Fonte: *inciso II do parágrafo único do art. 388 da PRC GM/MS nº 5*.
2. Processo logístico da Rede de Frio para conservação dos imunobiológicos, incluindo-se as etapas de recebi-

mento, armazenamento, distribuição e transporte, de forma oportuna e eficiente, para assegurar a preservação de suas características originais. Fonte: *inciso II do caput do art. 770 da PRC GM/MS nº 6*.

Caderneta de Saúde da Criança

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), disponibilizada gratuitamente a todas as crianças nascidas em território nacional, e contém a Informação Básica Comum estabelecida pela Resolução MERCOSUL/GMC nº 04/05. As cadernetas serão distribuídas aos municípios, anualmente, em quantidade suficiente para a disponibilização a todas as crianças nascidas vivas, em maternidades públicas ou privadas, naquele ano, conforme estimativa estabelecida a partir do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), por local de ocorrência. Fonte: *caput do art. 33 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2*.

Caderneta de Saúde do Adolescente

1. Instrumento que visa apoiar a atenção à saúde da população juvenil, acompanhar o crescimento e desenvolvimento saudáveis e orientar na prevenção de doenças e agravos à saúde, além de facilitar as ações educativas que promovam o aprendizado e a consolidação de estilos de vida saudáveis. Fonte: *caput do art. 107 da PRC GM/MS nº 1*.

Caderneta de Vacinação

1. No âmbito do Programa Nacional de Imunizações, documento de caráter pessoal e intransferível, válido em todo o território nacional e a forma de comprovação da vacinação, emitida pelas unidades de saúde públicas e privadas, devidamente credenciadas no âmbito do SUS, contendo as seguintes informações: I – dados pessoais: nome completo, data de nascimento e endereço; II – nome da vacina; III – data; IV – número do lote; V – laboratório produtor; VI – unidade vacinadora; e VII – nome do vacinador. Fonte: *caput do art. 390 da PRC GM/MS nº 5*.

Calendário Nacional de Vacinação

1. No âmbito do Programa Nacional de Imunizações, tem por objetivo o controle, a eliminação e a erradicação de doenças imunopreveníveis. Fonte: *caput do art. 384 da PRC GM/MS nº 5*.

Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas

1. no âmbito do Programa Nacional de Imunizações, tem por objetivo o controle, a eliminação e a erradicação de doenças imunopreveníveis. Fonte: *caput do art. 384 da PRC GM/MS nº 5.*

Calibração [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, comparação das medidas realizadas por um instrumento com aquelas feitas por outro instrumento mais exato ou padrão, com o propósito de detectar, relatar e eliminar erros em medições, sendo que o instrumento padrão deve ser rastreável. Fonte: *inciso III do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Camada Leucoplaquetária [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, denominação dada à camada de células localizada na parte superior de uma amostra ou bolsa de sangue total submetida à centrifugação. Fonte: *inciso IV do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Câmara de Assessoramento à Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados

1. No âmbito de Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN), tem por finalidade assessorar a direção do SINASAN para a formulação da Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados e políticas setoriais de hematologia e hemoterapia, conforme art. 7º do Decreto nº 3.990, de 30 de outubro 2001. Compete à Câmara de Assessoramento: I – assessorar a direção SINASAN quanto ao planejamento, coordenação e avaliação da Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; II – apoiar a formulação e implementação de propostas para o desenvolvimento da Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados, conforme princípios e diretrizes preconizados na legislação regulamentar de referência do Sistema Único de Saúde - SUS e do SINASAN; e III – apoiar a formulação de propostas de planos e estruturação de programas, assim como a elaboração de metas voltadas para a Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados. À Câmara de Assessoramento de que trata esta Portaria não compete substituir as atribuições nem representar as instâncias do Ministe-

rio da Saúde encarregadas pela direção da Política Nacional de Sangue, Componente e Derivados. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo IX da PRC GM/MS nº 4.*

Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS)

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, possui caráter consultivo e vínculo com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde. São suas funções: I – debater ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área de saúde; II – sugerir mecanismos de regulação profissional da área de saúde; e III – sugerir iniciativas legislativas visando regular o exercício de novas profissões e ocupações na área de saúde. Fonte: *caput do art. 36 do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.*

Câmara Técnica [da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)]

1. No âmbito da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), fica instituída Câmara Técnica com a finalidade de avaliar e definir as bases da possíveis pactuações e das demais ações referentes ao suprimento de medicamentos integrantes do Programa de Medicamentos Estratégicos, às ações inerentes de assistência farmacêutica, bem como a monitoração de sua implementação e respectiva avaliação, incluindo, também, as seguintes atribuições: I – analisar, negociar e sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a homologação das metas e ações a serem implementadas, no âmbito de suas finalidades; II – definir os critérios para inclusão ou exclusão de medicamentos no Programa referido no art. 3º, bem como os respectivos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, quando for o caso; e III – coordenar a disponibilização de apoio técnico aos Estados visando o aperfeiçoamento do processo de pactuação, inclusive no desenvolvimento de ações que impactem positivamente nos indicadores de saúde da população atendida pelo Programa referido no art. 3º [do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação MS/GM nº 2], bem como acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XXVIII da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), fica instituída Câmara Técnica com a finalidade de avaliar e definir as bases das possíveis pactuações e das demais ações referentes ao suprimento de medicamentos essenciais e daqueles destinados

Câmara Técnica [da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica]

à atenção básica, bem como das ações inerentes de assistência farmacêutica, assim como a monitoração de sua implementação e respectiva avaliação, incluindo, também, as seguintes atribuições: I – analisar, negociar e sugerir ao Ministro da Saúde a homologação das metas e ações a serem implementadas, no âmbito de suas finalidades; e II – coordenar a disponibilização de apoio técnico aos Estados e aos municípios visando o aperfeiçoamento do processo de pactuação, inclusive no desenvolvimento de ações que impactem positivamente nos indicadores de saúde da população atendida pelo Programa referido no art. 1º [do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação MS/GM nº 2], bem como acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo XXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

Câmara Técnica [da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica]

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de acompanhar a implantação e a implementação da Política. Fonte: *caput do art. 4º do Anexo XXXII da PRC GM/MS nº 2.*

Câmara Técnica [da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal]

1. No âmbito Câmara Técnica [da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal], fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da Política. Fonte: *caput do art. 4º do Anexo XXXIII da PRC GM/MS nº 2.*

Câmara Técnica [da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade]

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, que serão compostas por serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, no território nacional.

Fonte: *caput do art. 5º do Anexo XXXI da PRC GM/MS nº 2.*

Câmara Técnica Consultiva do Banco de Preços em Saúde [do Ministério da Saúde] (CT/BPS)

1. Compete-lhe: I – propor ações e estratégias ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID/SE/MS), coordenador do Banco de Preços em Saúde (BPS), de forma a manter a evolução e a atualização tecnológica do referido sistema; II – propor ações para o aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta e interoperabilidade de sistemas; III – sugerir mecanismos que assegurem a qualidade das informações geradas pelo BPS; IV – propor a articulação entre o BPS e outros sistemas de informação em saúde; V – analisar e propor parcerias para o desenvolvimento e bom funcionamento do BPS; VI – promover a divulgação do BPS junto aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para ampliar a adesão de estados, Distrito Federal e municípios informantes; VII – propor e fomentar estudos sobre o comportamento de preços; VIII – propor e analisar demandas que envolvam a inclusão, na base de dados do BPS, de informações correlatas ao preço praticado no setor de saúde; e IX – elaborar proposta de regimento interno para seu funcionamento, para aprovação por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. Fonte: *caput do art. 8º da PRC GM/MS nº 1.*

Câmara Técnica de Assessoramento e Apoio às Ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

1. No âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, competente por: I – ampliar e qualificar o debate acerca das ações para a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; II – realizar estudos técnicos concernentes à qualificação das ações e serviços no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; e III – propor ações e estratégias visando a ampliação e a qualificação do acesso às ações e serviços de saúde no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS. Fonte: *caput do art. 27 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*

Câmara Técnica de Imunobiológicos

1. Instituída para discussão permanente dos problemas e da reavaliação constante das prioridades e das políticas na área de vacinas com vistas à dinamização do

crescimento e à competitividade do segmento e ao aumento da capacidade tecnológica e do sinergismo entre os produtores. É constituída por membros e respectivos suplentes designados pelo Ministro da Saúde, formada por titulares ou por representantes de unidades integrantes da estrutura organizacional do Ministério da Saúde e entidades vinculadas. Fonte: *caput do art. 832 da PRC GM/MS nº 5.*

Câmara Técnica em Reumatologia

1. Tem por finalidade elaborar as diretrizes para à atenção à saúde da pessoa com doenças reumatológicas, bem como acompanhar, avaliar e atualizar as normas, parâmetros e procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS). Fonte: *caput do art. 664 da PRC GM/MS nº 5.*

Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, cabe-lhe propor sobre: I – a política nacional de ortopedia, de traumatologia e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; II – as ações de promoção da saúde, da prevenção, de diagnóstico e do tratamento de doenças e agravos e de reabilitação do sistema músculo-esquelético, levadas a cabo no âmbito coletivo ou individual na assistência pública e privada; III – as recomendações para o desenvolvimento das ações das entidades públicas e privadas que integram o SUS e, quando solicitado, o sistema de saúde suplementar; IV – a atualização de procedimentos ortopédicos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde; V – a utilização de implantes utilizados no tratamento das doenças e agravos do sistema músculo-esquelético; VI – incorporação de tecnologias que visam à promoção da saúde, à prevenção e ao diagnóstico e tratamento de afecções músculo-esqueléticas, conforme o estabelecido para a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC); VII – projetos de incentivo para ações de promoção da saúde, de prevenção, de diagnóstico e de tratamento de doenças e agravos e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; VIII – a formação e qualificação de profissionais para atuação em ortopedia, em traumatologia e em reabilitação do sistema músculo-esquelético; IX – estudos e pesquisas na área de ortopedia, de traumatologia e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; e X – o aprimoramento da política nacional de trans-

plantes de tecido músculo-esqueléticos. Fonte: *parágrafo 3º do art. 12 do Anexo XXXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Câmara Técnica Específica do Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM)

1. No âmbito do Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM), tem a finalidade de implementar, em nível nacional, os componentes do programa que se fizerem necessários, que serão coordenadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde e contarão com técnicos de notório conhecimento nas áreas inerentes a cada Câmara. Fonte: *caput do art. 294 da PRC GM/MS nº 5.*

Câmara Técnica Nacional do Sistema Nacional de Transplantes (CTN)

1. No âmbito do Regimento Interno das Câmaras Técnicas Nacionais do Sistema Nacional de Transplantes, instância colegiada, de natureza consultiva, vinculada tecnicamente à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT), do Departamento de Atenção Especializada (DAE), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS). As CTNs têm por finalidade assessorar a CGSNT nos procedimentos relativos à formulação, revisão, atualização e aperfeiçoamento das normas relativas aos critérios de inclusão de pacientes candidatos a transplantes nas listas de espera, aos critérios de distribuição de órgãos, tecidos e células captados para transplantes e aos critérios de autorização, renovação e exclusão de autorização de estabelecimentos e equipes. Compete prioritariamente à CTN: I – manifestar-se quanto à avaliação de procedimentos científicos e tecnológicos relativos ao processo doação/transplante, no âmbito de atuação de cada CTN específica para cada modalidade de transplante; II – sugerir à CGSNT a realização de estudos envolvendo a análise de eficácia, segurança e resultados dos transplantes; III – emitir recomendações sobre aspectos envolvendo o processo doação/transplante; IV – manifestar-se quanto ao desenvolvimento de pesquisas pré-clínicas ou clínicas que causem reflexos na avaliação, eficácia e segurança dos transplantes; V – sugerir à CGSNT a convocação de consultores especialistas, bem como de técnicos do MS para participarem de reuniões; VI – propor a realização de reuniões de trabalho e científicas, visando à divulgação de conhecimento das áreas de sua competência; VII – manifestar-se, quando solicitado, sobre situações não previstas no Regulamento Técnico dos Transplantes; e VIII – subsidiar a CGSNT em outros

aspectos pertinentes ao processo doação/transplante.
Fonte: Anexo 1 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Campanha Nacional de Vacinação

1. No âmbito do Programa Nacional de Imunizações, tem por objetivo o controle, a eliminação e a erradicação de doenças imunopreveníveis. Fonte: *caput do art. 384 da PRC GM/MS nº 5.*

Campo de Aplicação das Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores Expostos ao Benzeno ver Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores Expostos ao Benzeno

Cantoterapia

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, prática expressiva que utiliza a atividade artística do canto, por meio de exercícios musicais, para atuar sobre o corpo e a emoção, estimulando e propiciando uma forma de autoconhecimento e fortalecimento do eu. Auxilia a destravar emoções reprimidas, trabalhando numa perspectiva de melhorar os aspectos psicológicos e corporais do indivíduo. Fonte: Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Ver também: Medicina Antroposófica (MA).

CAP ver Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta Para Casa

Capacidade Adaptativa

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, capacidade de se adequar a uma nova situação. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Capacidade Funcional

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma; avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Capacidade Técnico-Operativa da Instituição

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), aptidão do proponente de executar, de forma específica e eficiente, o projeto proposto, devendo ser comprovada por meio de informações anexas ao projeto, que esclareçam as características, propriedades e habilidades do proponente, dos membros ou de terceiros associados envolvidos diretamente na execução do projeto apresentado. Fonte: *inciso II do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Capacitação de Recursos Humanos

1. No âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI-SUS, projeto para realização de cursos; seminários; palestras; formação e capacitação em serviços destinados à qualificação de profissionais de saúde/gestão de serviços, de acordo com as necessidades identificadas pelos gestores do SUS e Política Nacional de Educação na Saúde, em consonância com as diretrizes traçadas pelo Ministério da Saúde. Fonte: *inciso II do caput do art. 17 do Anexo XCIII da PRC GM/MS nº 5.*

CAPS ver Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD

1. Centro de Atenção Psicossocial que atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes. Fonte: *inciso IV do parágrafo 4º do art. 7º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

CAPS AD II

1. Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características: I – constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abran-

gência populacional definida pelo gestor local; II – sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território; III – possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; IV – coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes; V – supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; VI – realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; VII – funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas; e VIII – manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso. Fonte: *parágrafo 15 do art. 23 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

CAPS AD III

1. Centro de Atenção Psicossocial que atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. Fonte: *inciso V do parágrafo 4º do art. 7º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*
2. Ponto de Atenção do Componente da Atenção Psicosocial da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Fonte: *caput do art. 28 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

CAPS AD III Novo

1. Centro de Atenção Psicossocial a ser implantado na proporção de um para cada grupo populacional de 150 (cento e cinquenta) mil a 300 (trezentos) mil habitantes. Fonte: *caput do art. 36 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Ver também: CAPS AD III.

CAPS AD III Qualificado

1. Centro de Atenção Psicossocial que é resultado da adaptação e qualificação de um CAPS AD tradicional preexistente e transformado para o atendimento de pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Fonte: *parágrafo único do art. 35 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

CAPS AD IV ver Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Típo IV

CAPS AD IV Reestruturado

1. Centro de Atenção Psicossocial que é resultado da adaptação de um CAPS tradicional ou CAPS AD existente. Fonte: *parágrafo único do art. 50-G do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

CAP-SES ver Comissão Estadual de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”

CAPS I

1. Centro de Atenção Psicossocial que atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. Fonte: *inciso VI do parágrafo 4º do art. 7º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

CAPS I

1. Centro de Atenção Psicossocial que atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer

laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes. Fonte: *inciso I do parágrafo 4º do art. 7º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

2. Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características: I – responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; II – possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; III – coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; IV – supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; V – realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental e medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, dentro de sua área assistencial; e VI – funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. Fonte: *parágrafo 1º do art. 23 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

CAPS II

1. Centro de Atenção Psicossocial que atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes. Fonte: *inciso II do parágrafo 4º do art. 23 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*
2. Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características: I – responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; II – possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou

do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; III – coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; IV – supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; V – realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; e VI – funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. Fonte: *parágrafo 4º do art. 23 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

CAPS III

1. Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características: I – constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana; II – responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; III – possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; IV – coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; V – supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; VI – realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; e VII – estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica. Fonte: *parágrafo 7º do art. 23 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

2. Centro de Atenção Psicossocial que atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitam estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. Fonte: *inciso III do parágrafo 4º do art. 7º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

CAPS i II

1. Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local. A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades: I – atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); II – atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros); III – atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; IV – visitas e atendimentos domiciliares; V – atendimento à família; VI – atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; VII – desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça; VIII – os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. Fonte: *parágrafo 12 do art. 23 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Captação de Recursos

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), meio pelo qual a própria instituição buscará recursos com os doadores para financiamento

de projetos. Fonte: *inciso III do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Carta Consulta

1. Trata-se de formalização da proposta de projeto de apoio apresentada pela entidade de saúde de reconhecida excelência. Fonte: *caput do art. 19 do Anexo XCIII da PRC GM/MS nº 5.*

Cartão da Criança

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, deve ser utilizado e valorizado como instrumento básico de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, bem como de registro de situações de risco, tais como: modificação do ritmo de crescimento, não cumprimento do calendário de vacinação, atraso nas etapas do desenvolvimento, desnutrição, desmame, que poderão, dentro de um atendimento geral, auxiliar na detecção de situações de negligência. Fonte: *Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.*

Cartão de Vacinação ver Caderneta de Vacinação

Cartão Nacional de Saúde

1. Porta o número de identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde no território nacional. Fonte: *caput do art. 262 da PRC GM/MS nº 1.*

Carta SUS

1. No âmbito da participação social no Sistema Único de Saúde (SUS), constitui ação estratégica de transparência e controle dos recursos públicos e tem como objetivo acompanhar e monitorar a realização dos serviços de saúde prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) relativos às Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e às Autorizações de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC), possibilitando-se a participação da população através do monitoramento e da avaliação do usuário quanto ao atendimento recebido e a disseminação de informações em saúde. A Ouvidoria-Geral do SUS encaminhará carta aos cidadãos que forem atendidos pelo SUS para internação hospitalar e/ou procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, denominada Carta SUS, na qual deverão constar informações sobre os procedimentos realizados, os valores despendidos pelo SUS

e uma pesquisa de satisfação do usuário sobre seu atendimento. Fonte: *caput do art. 121 da PRC GM/MS nº 1.*

Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)

1. No âmbito das Diretrizes de Organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco da Rede Cegonha, residência provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias em situação de risco, identificadas pela Atenção Básica ou Especializada, e terá as seguintes características: I – capacidade para acolhimento de dez, quinze ou vinte usuárias, entre gestantes, puérperas com recém-nascidos e puérperas sem recém-nascidos; II – vinculação a um estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2; e III – situar-se preferencialmente nas imediações do estabelecimento hospitalar ao qual pertence, em um raio igual ou inferior a cinco quilômetros do estabelecimento ao qual esteja vinculada. A CGBP tem como objetivo apoiar o cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de risco, contribuindo para um cuidado adequado às situações que demandem vigilância e proximidade dos serviços hospitalares de referência, embora não haja necessidade de internação hospitalar. Fonte: *caput do art. 52 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

Casa de Apoio

1. No âmbito das Ações de Gratuidade na Área da Saúde, é a manutenção de instalações físicas que visem apoio e suporte a pacientes em trânsito para tratamento, dentre as quais: a) atenção à mulher; b) atenção à criança; c) atenção oncológica; e d) atenção a dependentes químicos, entre outros. Fonte: *inciso I do parágrafo 3º do art. 162 da PRC GM/MS nº 1.*

Casa de Saúde Indígena (CASAI)

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, localizada em municípios de referência dos distritos a partir da readaptação das Casas do Índio. Essa Casa de Saúde deve estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, estabelecimento responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados à Rede de Serviços do SUS para realização de ações complementares de atenção básica e de atenção especializada, sendo destinada também aos acompanhantes, quando necessário. Fonte: *caput do art. 61 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

CASAI ver Casa de Saúde Indígena

Caso Confirmado [Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Medidas de Controle]

1. No âmbito das Informações sobre a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Medidas de Controle, o indivíduo que, pertencendo a algum grupo de risco, apresente uma ou mais das seguintes entidades mórbidas: 1 – Sarcoma de Kaposi, em indivíduos com menos de sessenta anos de idade; 2 – Linfoma limitado ao cérebro; 3 – Pneumonia por *Pneumocystis carinii*; 4 – Toxoplasmose, causando pneumonia, ou infecção do sistema nervoso central; 5 – Strongiloidíase, causando pneumonia, infecção do sistema nervoso central, ou infecção generalizada; 6 – Candidíase, causando esofagite; 7 – Criptococose, causando infecção pulmonar, do sistema nervoso central, ou disseminada; 8 – Micobacterioses atípicas, comprovadas através da cultura; 9 – Infecções causadas por citomegalovírus no pulmão, no trato gastrointestinal, sistema nervoso central, suprarrenal e pâncreas; 10 – Infecções por vírus herpes, tipo um ou dois, muco-cutâneas (com úlceras que persistem por mais de um mês), pulmonares, do aparelho digestivo, ou disseminadas; 11 – Leucoencefalopatia multifocal progressiva. Fonte: *Anexo XXXIII da PRC GM/MS nº 5.*

Caso Suspeito [Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Medidas de Controle]

1. No âmbito das Informações sobre a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Medidas de Controle, aquele que, pertencendo a um grupo de risco, apresenta um ou mais dos sintomas prodromicos de SIDA ou AIDS: poliadenopatia, diarréia, febre, cansaço e perda de peso. Fonte: *Anexo XXXIII da PRC GM/MS nº 5.*

**Caso Suspeito de Toxicidade Crônica por Benzeno
[Trabalhadores Expostos ao Benzeno]**

1. No âmbito das Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores expostos ao Benzeno, considera-se caso suspeito de toxicidade crônica por benzeno a presença de alteração hematológica relevante e sustentada. A relevância foi definida nos critérios anteriores e a sustentabilidade considerada mínima é definida após a realização de 3 hemogramas com intervalos de 15 dias entre eles. Nas situações em que persistem as alterações nesse tempo mínimo de 45 dias, considera-se o caso suspeito. Fonte: Anexo LXVIII da PRC GM/MS nº 5.

CAT ver Comunicação de Acidentes do Trabalho

CAT-Coagulopatias ver Comissão de Assessoramento Técnico às Coagulopatias, outras Doenças Hemorrágicas Hereditárias e Plaquetopatias

CAT-Doença Falciforme ver Comissão de Assessoramento Técnico à Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme

Categoria Estadual do Prêmio de Qualidade em Assistência Hospitalar

1. Na categoria estadual, é concedido à 3 (três) instituições hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde que, dentre todas as existentes em seu respectivo estado tenham obtido a melhor avaliação de qualidade assistencial por seus usuários. Fonte: Anexo XXXIII da PRC GM/MS nº 1.

CAT-Gestão Ambiental ver Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão Ambiental

CAT-Gestão de Equipamentos ver Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão de Equipamentos

CAT-Hemostasia ver Comissão de Assessoramento Técnico ao Diagnóstico Laboratorial em Hemostasia

CAT-PDVS ver Comissão de Assessoramento Técnico para a Promoção da Doação Voluntária de Sangue

CATQNHP ver Comissão de Assessoramento Técnico à Qualificação Nacional da Hemorrede Pública

CAT-Sangue Raro ver Comissão de Assessoramento Técnico em Sangue Raro

CAT-Talassemias ver Comissão de Assessoramento Técnico às Talassemias

Causa Externa

1. No âmbito do Preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em Casos de Quadro Compatível com Causas Externas e com Doenças e Acidentes Relacionados ao Trabalho, conjunto de agravos à saúde decorrentes de acidentes de trânsito, quedas, envenenamentos, afogamentos e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais e causas acidentais ou intencionais tais como homicídios, agressões e lesões autoprovocadas e/ou acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Fonte: Anexo XLIX da PRC GM/MS nº 5.
2. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violência, ocorrência relacional e acidental e circunstância ambiental como causa de lesões, envenenamentos e outros efeitos adversos. Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

Causas Externas em Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

1. Um conjunto de agravos à saúde decorrentes de acidentes de trânsito, quedas, envenenamentos, afogamentos e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais e causas acidentais ou intencionais tais como homicídios, agressões e lesões autoprovocadas e/ou acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Fonte: Anexo XLIX da PRC GM/MS nº 5.

CBS ver Comissão de Biossegurança em Saúde [do Ministério da Saúde]

CCP/CNES ver Comitê Consultivo Permanente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CCP/CNES)

exercer controle e fiscalização sobre as atividades de que trata este Regulamento. Fonte: parágrafo 1º do art. 9º do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

CCT ver Comissão Corregedora Tripartite

CEBAS ver Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde

CECAN ver Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição

CEIS ver Complexo Econômico-Industrial da Saúde

CEM ver Comitê de Eventos de Massa

Centrais SAMU 192 ver Central de Regulação Médica de Urgências

Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Regionais (CNCDOs Regionais)

1. Compete às CNCDO Regionais: I – coordenar as atividades de transplantes no âmbito regional; II – promover a inscrição de potenciais receptores, com todas as indicações necessárias à sua rápida localização e à verificação de compatibilidade do respectivo organismo para o transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes disponíveis de que necessite; III – classificar os potenciais receptores e agrupá-los, segundo as indicações do art. 9º, § 1º, II, em ordem estabelecida pela data de inscrição, fornecendo-lhes o necessário comprovante; IV – comunicar à CNCDO as inscrições que efetuar para a organização do cadastro estadual de potenciais receptores; V – receber notificações de morte encefálica ou outra que enseje a retirada de tecidos, órgãos e partes para transplante, ocorrida em sua área de atuação; VI – determinar o encaminhamento e providenciar o transporte de tecidos, órgãos e partes retiradas ao estabelecimento de saúde autorizado, em que se encontrar o receptor ideal, observado o disposto no inciso III deste artigo e neste Regulamento; VII – notificar a CNCDO de tecidos, órgãos e partes não aproveitáveis entre os potenciais receptores inscritos em seus registros, para utilização entre os relacionados no cadastro nacional; VIII – encaminhar relatórios à CNCDO sobre o desenvolvimento das atividades de transplante em sua área de atuação; e IX –

Central de Rede de Frio (CRF)

1. Unidade componente da Rede de Frio, composta por estrutura física, equipamentos, profissionais, metodologia e processos apropriados ao funcionamento da Cadeia de Frio, com atuação em âmbito estadual, distrital, regional e municipal. Fonte: inciso III do caput do art. 770 da PRC GM/MS nº 6.

Central de Rede de Frio Ampliada (CRF Ampliada)

1. Unidade componente da Rede de Frio já existente a ser ampliada, com acréscimo de área, com os recursos financeiros de investimento de que trata o Capítulo da Portaria de Consolidação nº 6. Fonte: inciso V do caput do art. 770 da PRC GM/MS nº 6.

Central de Rede de Frio Estadual (CRF Estadual)

1. Unidade componente da Rede de Frio, localizada nos estados, geralmente situada nas capitais, que atende às suas Centrais de Frio Regionais ou às Centrais de Frio Municipais, a depender da conformação estrutural da Rede de Frio em âmbito estadual. Fonte: alínea a do inciso III do caput do art. 770 da PRC GM/MS nº 6.

Central de Rede de Frio Estruturada (CRF Estruturada)

1. Unidade componente da Rede de Frio estruturada em conformidade com as orientações previstas no Manual de Rede de Frio, sem pendências relativas à construção e/ou ampliação, para a qual o ente federativo interessado poderá pleitear exclusivamente recursos financeiros para aquisição de material permanente e unidade móvel. Fonte: inciso VI do caput do art. 770 da PRC GM/MS nº 6.

Central de Rede de Frio Municipal (CRF Municipal)

1. Unidade componente da Rede de Frio, localizada no âmbito do município e que atende o próprio município. Fonte: alínea c do inciso III do caput do art. 770 da PRC GM/MS nº 6.

Central de Rede de Frio Nova (CRF Nova)

1. Unidade componente da Rede de Frio a ser construída com os recursos financeiros de investimento de que trata o Capítulo III da Portaria de Consolidação nº 6. Fonte: *inciso IV do caput do art. 770 da PRC GM/MS nº 6.*

Central de Rede de Frio Regional (CRF Regional)

1. Unidade componente da Rede de Frio, subordinada à CRF Estadual, situada em município estratégico que atende a um agrupamento de municípios, instituída e delimitada pela direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) em articulação com as direções municipais do SUS correspondentes, visando favorecer à cadeia de frio. Fonte: *alínea b do inciso III do caput do art. 770 da PRC GM/MS nº 6.*

Central de Regulação das Urgências

1. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção. Fonte: *inciso II do caput do art. 40 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Central de Regulação de Consultas e Exames

1. No âmbito da Política Nacional de Regulação, é aquela que regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais. Fonte: *inciso I do parágrafo 1º do art. 9º do Anexo XXVI da PRC GM/MS nº 2.*

Central de Regulação de Internações Hospitalares

1. No âmbito da Política Nacional de Regulação, é aquela que regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência. Fonte: *inciso II do parágrafo 1º do art. 9º do Anexo XXVI da PRC GM/MS nº 2 e inciso II do caput do art. 9º do Anexo XXVI da PRC GM/MS nº 2.*

Central de Regulação Médica de Urgências

1. É aquela de abrangência municipal, micro ou macrorregional, que devem prever acesso a usuários, por intermédio do número público gratuito nacional 192, exclusivo para as urgências médicas, bem como aos profissionais de saúde, em qualquer nível do sistema, funcionando como importante “porta de entrada” do sistema de saúde. São constituídas em “observatório privilegiado da saúde”, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o funcionamento do Sistema de Saúde, devendo gerar informes regulares para a melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências e da saúde em geral. Fonte: *Anexo 4 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Central Farmacêutica

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, é o almoxarifado central de medicamentos, geralmente na esfera estadual, onde é feita a estocagem e produção para hospitais, ambulatórios e postos de saúde. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos

1. Subordinada à coordenação do órgão central do Sistema Nacional de Transplantes e é sua auxiliar no desenvolvimento das seguintes atividades e atribuições: I – gerenciamento da lista única nacional de receptores, com todas as indicações necessárias à busca, em todo o território nacional, de tecidos, órgãos e partes compatíveis com suas condições orgânicas; II – implantação e gerenciamento do sistema nacional de informações em transplantes - listas de espera, captação e distribuição de órgãos, realização de transplantes e seus resultados; III – articulação com as Centrais Estaduais/Regionais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos e com os demais integrantes do Sistema Nacional de Transplantes; IV – articulação da distribuição de órgãos entre estados, quando for o caso, fazendo-o em conformidade com a lista nacional de receptores, com as condições técnicas, de transporte e distribuição e demais critérios estabelecidos na legislação em vigor, de forma a garantir o melhor aproveitamento dos órgãos disponíveis e a equidade na sua destinação; V – auxílio às CNCDO na articulação dos meios que viabilizem o transporte dos órgãos captados quando se tratar de distribuição entre estados. Fonte: *caput do art. 10 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC)

1. Instituída, no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a Central Nacional de Regulação de alta Complexidade (CNRAC), com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo 1 do Anexo XXVI da PRC GM/MS nº 2.*

Ver também: Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Central Nacional de Transplantes (CNT)

1. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, tem as seguintes atribuições: I – articulação com as CNCDOs e suas regionais, conforme definidas adiante, no art. 6º, e com os demais integrantes do Sistema Nacional de Transplantes; II – apoio ao gerenciamento da captação, dando suporte técnico e intermediação necessários à busca, em todo o território nacional, de tecidos, órgãos e partes do corpo humano nas situações em que as condições clínicas do doador, o tempo de isquemia fria e as condições de acessibilidade a permitam; e III – gerenciamento da alocação de órgãos e tecidos entre Estados, em conformidade com a lista nacional de potenciais receptores, procurando otimizar as condições técnicas de preservação, transporte e distribuição, considerando os critérios estabelecidos na legislação em vigor, de forma a garantir o melhor aproveitamento dos órgãos disponíveis e a equidade na sua destinação. Fonte: *caput do art. 5º do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Centro Colaborador

1. No âmbito do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase e de Outras Dermatoses de Interesse Sanitário, ficam aprovados os pré-requisitos, as atividades e demais orientações, constantes desta Seção, para o reconhecimento de instituições como Centros Colaboradores Nacionais, Macrorregionais e Estaduais para o Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário. São atividades dos Centros Colaboradores Nacionais: I – o desenvolvimento de pesquisas de interesse do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário; II – a capacitação de recursos humanos especializados na atenção básica e em outras de maior complexidade para o Programa Nacional mencionado; e III – a realização de estudos de interesse do

Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase, com ênfase em epidemiologia, aspectos operacionais, resistência medicamentosa, efeitos colaterais e recidivas e monitoramento de eventos sentinelas. Fonte: *caput do art. 175 da PRC GM/MS nº 5.*

2. No âmbito do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase e de Outras Dermatoses de Interesse Sanitário, ficam definidos os pré-requisitos mínimos obrigatórios para o reconhecimento de Unidades de Saúde como Centros Colaboradores Estaduais, Macrorregionais ou Nacionais na área de dermatologia sanitária. São os seguintes os pré-requisitos para o reconhecimento de instituições como Centro Colaborador Estadual ou Macrorregional; I – dispor de equipe multidisciplinar capacitada para a assistência em dermatologia sanitária, com enfoque nas ações de controle da hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário; II – assessorar tecnicamente as demais Unidades de Saúde da rede do SUS na área de hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário; III – realizar e apoiar a capacitação técnica nas atividades de controle e eliminação da hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário; IV – esclarecer diagnósticos, inclusive de recidivas e de outras intercorrências; V – desenvolver e apoiar o desenvolvimento de pesquisas de interesse do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase; e VI – estar vinculado formalmente a comitê de ética em pesquisa. São os seguintes os pré-requisitos para o reconhecimento de instituições como Centro Colaborador Nacional, além [dos anteriormente citados]: I – dispor de, pelo menos, um terço da equipe com titulação em nível de pós graduação; II – possuir laboratório de pesquisa; e III – apresentar produção científica regular. Fonte: *caput do art. 177 da PRC GM/MS nº 5.*

Centro Colaborador Nacional para o Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase e de Outras Dermatoses de Interesse Sanitário

1. Os Centros Colaboradores Nacionais deverão subsidiar o Ministério da Saúde nas decisões referentes à política de controle e eliminação da hanseníase e de outras dermatoses de direito sanitário. Para o reconhecimento como Centro Colaborador as unidades de saúde ou instituições devem atender a requisitos mínimos obrigatórios. Tem como atividades: I – o desenvolvimento de pesquisas de interesse do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário; II – a capacitação de recursos humanos especializados na atenção básica

e em outras de maior complexidade para o Programa Nacional mencionado; e III – a realização de estudos 63 Centralidade na Família de interesse do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase, com ênfase em epidemiologia, aspectos operacionais, resistência medicamentosa, efeitos colaterais e recidivas e monitoramento de eventos sentinelas. Fonte: *caput do art. 176 da PRC GM/MS nº 5.*

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

1. É o ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada. Fonte: *parágrafo 1º do art. 977 da PRC GM/MS nº 6.*
2. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), nas suas diferentes modalidades, são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõem a Rede de Atenção Psicossocial. As modalidades são: I – CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes; II – CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes; III – CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; IV – CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes; V – CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico

decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; e VI – CAPS I: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes; VII – CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação. Fonte: *parágrafo 1º do art. 7º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV)

1. Ponto de Atenção Especializada que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente, mas nos casos em que se destinar a atender crianças e adolescentes, o CAPSADIV deverá se adequar ao que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente. O CAPS AD IV funcionará junto a cenas abertas de uso de drogas e será criado em Municípios com população acima de 500.000 habitantes, bem como nas capitais estaduais. Fonte: *caput do art. 50-B do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*
2. Centro de Atenção Psicossocial que atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de

Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e oferecer assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação. Fonte: *inciso VII do parágrafo 4º do art. 7º da alteração do caput do art. 1º da Portaria MS/GM 3588 de 21/12/2017.*

Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC

1. No âmbito da linha de cuidados em AVC e dos critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) da Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE), serão habilitados como Centros de Atendimento de Urgência Tipo I os estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que disponibilizam e realizam o procedimento com o uso de trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específico, e que cumpram os seguintes requisitos: I – realizar atendimento de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana; II – realizar exame de tomografia computadorizada de crânio nas 24 (vinte e quatro) horas do dia; III – dispor de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC); IV – disponibilizar protocolos clínicos e assistenciais escritos; V – possuir leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo, com médico 24 (vinte e quatro horas) por dia e equipe treinada para o atendimento, podendo ser no serviço de urgência ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI); VI – realizar serviço de laboratório clínico em tempo integral; VII – fornecer cobertura de atendimento neurológico, disponível em até 30 (trinta) minutos da admissão do paciente (plantão presencial, sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina/telessaúde); VIII – possuir Unidade de Tratamento Intensivo (UTI); IX – dispor de equipe neurocirúrgica 24 (vinte e quatro) horas/dia, seja ela própria, presencial ou disponível em até 2 (duas) horas, ou referenciada, disponível em

até 2 (duas) horas; e X – realizar tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas. Fonte: *caput do art. 131 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Centro de Convivência Cultura

1. É a unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. Fonte: *inciso III do caput do art. 6º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Centro de Especialidade Odontológica (CEO)

1. No âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, estabelecimento de saúde que oferta atendimento especializado odontológico, conforme estabelecido na Seção I do Capítulo V do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5. Fonte: *caput do art. 20 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*
2. Estabelecimento de saúde que presta serviços de média complexidade em saúde bucal com o objetivo de garantir a referência e contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. Fonte: *caput do art. 204 da PRC GM/MS nº 6.*
3. Estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de Odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades: I – diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; II – periodontia especializada; III – cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; IV – endodontia; e V – atendimento a portadores de necessidades especiais. Fonte: *parágrafo 1º do art. 579 da PRC GM/MS nº 5.*

Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox)

1. No âmbito dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE), suas atividades essenciais são: I – Produção e disseminação de informações, com destaque para diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações agudas e crônicas e os riscos que elas ocasionam à saúde; II – Produção e disseminação de informações para orientação à rede assistencial sobre reações adversas a medicamentos, interações medicamentosas, sobre o uso racional de medicamentos na

gestação, lactação, por idosos; III – Suporte clínico a profissionais de saúde na avaliação de gravidade das intoxicações agudas e crônicas para o correto encaminhamento para unidades referenciadas; IV – Notificação de eventos de interesse para a Saúde Pública, com destaque para intoxicações agudas e crônicas; V – Prevenção de doenças e agravos; e VI – Promoção da saúde. Fonte: *caput do art. 127 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

2. Estabelecimento de saúde ou serviço de referência em Toxicologia Clínica com atuação em regime de plantão permanente, podendo prestar atendimento via teleatendimento exclusivo ou via teleatendimento e presencial, provendo informações toxicológicas aos profissionais da saúde, à população e a instituições, relativas a intoxicações agudas e crônicas e acidentes com animais peçonhos. Fonte: *inciso IV do caput do art. 6º da Resolução MS 588 de 12/07/2018.*
3. No âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde, estabelecimento de saúde integrante da Linha de Cuidado ao Trauma, da Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Definido como unidade de saúde, de referência em Toxicologia Clínica no SUS, com atendimento em regime de plantão permanente por teleconsultoria e ou presencial, com o objetivo de prover informação toxicológica aos profissionais de saúde e às instituições e prestar assistência às pessoas expostas e/ou intoxicadas, visando à redução da morbimortalidade. Fonte: *caput do art. 124 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS)

1. No âmbito do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, centro responsável por: I – coordenar o processo seletivo dos candidatos ao Programa EpiSUS; II – coordenar e desenvolver as atividades formativas de acordo com a grade curricular padronizada para os programas de treinamento em epidemiologia de campo, considerando os indicadores de qualidade definidos no âmbito da Rede de Programas de Treinamento em Epidemiologia e Intervenções em Saúde Pública – TEPHINET; III – assegurar a participação dos profissionais em treinamento em investigações de surtos e epidemias ou situações de risco para a saúde pública com relevância local, regional, nacional ou internacional, de modo complementar ou suplementar, em articulação com as demais unidades competen-

tes e, quando necessário, em missões do Ministério da Saúde; e IV – propiciar oportunidades para a capacitação em investigação de surtos ou outros eventos de saúde pública. Fonte: *caput do art. 335-E da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (Programa EpiSUS).

Centro de Parto Normal (CPN)

1. No âmbito das Diretrizes para Implantação e Habilitação de Centro de Parto Normal (CPN) da Rede Cegonha, a unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações. Os CPN são classificados em: I – CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo I; II – CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo II; e III – CPN Peri-Hospitalar (CPNp). Fonte: *caput do art. 13 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

Centro de Reabilitação

1. No âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, será classificado quanto ao tipo e quantidade de serviços especializados de reabilitação das seguintes formas: I – CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva e Física; II – CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva e Intelectual; III – CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva e Visual; IV – CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Física e Intelectual; V – CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Física e Visual; VI – CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Intelectual e Visual; VII – CER Tipo: CER III; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva, Física e Intelectual; VIII – CER Tipo: CER III; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva, Física e Visual; IX – CER Tipo: CER III; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva, Intelectual e Visual; X – CER Tipo: CER III; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Física, Intelectual e Visual; e XI – CER Tipo: CER IV; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva, Física, Intelectual e Visual. Fonte: *caput do art. 25 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*

Centro de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional

1. No âmbito de da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, é aquela que proporcionará con-

dições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência hospitalar e especializada a pacientes em risco nutricional ou desnutridos, incluindo, na sua solicitação de credenciamento, os critérios da Política Nacional de Humanização. Fonte: *caput do art. 705 da PRC GM/MS nº 5.*

Centro de Referência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, deve: I – oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a doentes de afecções do sistema músculo-esquelético; II – desenvolver articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à Saúde; e III – respeitar os critérios determinados pela Política Nacional de Humanização do SUS. Os Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia prestarão assistência por meio de seu respectivo Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia. Fonte: *parágrafo 2º do art. 6º do Anexo XXXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Centro de Referência de Bancos de Leite Humano

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, são: I - Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (CRNBLH) é o Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, órgão de pesquisa e instância assessoria e executora das ações planejadas para os bancos de leite humano pela Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno da [Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde -] SAS. II - Centro de Referência Estadual de Bancos de Leite Humano é o órgão de pesquisa e instância executora das ações planejadas pela área correspondente da Secretaria Estadual de Saúde. Caberá às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) designar as Comissões Estaduais de Bancos de Leite Humano (CEBLH) e os Centros de Referência Estaduais em Banco de Leite Humano (CRE-BLH), vinculando-os à área competente que coordena as ações de aleitamento materno no seu âmbito respectivo. Fonte: *Anexo 2 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, deverá oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de patologias cardiovasculares e desenvolver forte articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à saúde, incluindo, na sua solicitação de credenciamento, os critérios da Política Nacional de Humanização. As aptidões e atribuições dos serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular situados nos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular serão regulamentadas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) em portaria específica. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XXXI da PRC GM/MS nº 2.*

Centro de Referência em Assistência a Queimados

1. No âmbito das Redes Estaduais de Assistência a Queimados, hospitalares/serviços, devidamente cadastrados como tal, que, dispondo de um maior nível de complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos para o atendimento a pacientes com queimaduras, sejam capazes de constituir a referência especializada na rede de assistência a queimados. Fonte: *parágrafo 2º do art. 2º do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 3.*

Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso

1. No âmbito das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, hospital que, devidamente cadastrado como tal, disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada envolvendo as diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, e tenha capacidade de se constituir em referência para a rede de assistência à saúde dos idosos. Fonte: *parágrafo 3º do art. 2º do Anexo VII da PRC GM/MS nº 3.*

Centro de Referência em Reabilitação

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, composto por serviços do setor de saúde nos quais são realizadas a reabilitação em nível

terciário, pesquisas e capacitação de recursos humanos. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

1. Deve ser compreendido como pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento. Suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Em nenhuma hipótese, os CEREST poderão assumir atividades que o caracterizem como porta de entrada do sistema de atenção. Este suporte deve ainda se traduzir pela função de supervisão da rede de serviços do SUS, além de concretizar-se em práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo a vigilância e a formação de recursos humanos. Fonte: Anexo 2 do Anexo X da PRC GM/MS nº 3.
2. No âmbito da Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em cada estado, serão organizados dois tipos de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST): Centro de Referência Estadual, de abrangência estadual e Centro de Referência Regional, de abrangência regional. Os CERESTS Estaduais e Regionais deverão estar integrados entre si e com as referências em saúde do trabalhador desenvolvidas na rede ambulatorial e hospitalar, compatibilizando um Sistema de Informação Integrado, a implementação conjunta dos Projetos Estruturadores, a execução do Projeto de Capacitação, a elaboração de material institucional e comunicação permanente, de modo a constituir um sistema em rede nacional. Fonte: *caput do art. 6º do Anexo X da PRC GM/MS nº 3.*

Centro de Referência em Tratamento da Dor Crônica

1. Hospital cadastrado pela Secretaria de Atenção à Saúde como Centro de Alta Complexidade em Oncologia de Tipo I, II ou III e ainda aqueles hospitais gerais que, devidamente cadastrado como tal, disponham de ambulatório para tratamento da dor crônica e de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência aos portadores de dor crônica

de forma integral e integrada e tenham capacidade de se constituir em referência para a rede assistencial do estado na área de tratamento da dor crônica. Fonte: parágrafo único do art. 625 da PRC GM/MS nº 5.

Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (CRNBLH)

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, é o Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, órgão de pesquisa e instância assessoria e executora das ações planejadas para os bancos de leite humano pela Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno da SAS. Fonte: Anexo 2 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Centro de Trauma

1. No âmbito da Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde, considera-se: I – Centro de Trauma: estabelecimento hospitalar integrante da RUE que desempenha o papel de referência especializada para atendimento aos pacientes vítimas de trauma; II – Centro de Trauma Tipo I: Estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Geral, seguindo as tipologias das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência. III – Centro de Trauma Tipo III: Estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Especializado Tipo I, segundo a tipologia das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência. [Conceito originário de dispositivo revogado]. Fonte: *caput do art. 9º do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Ver também: Hospital Geral.

Centro Especializado em Reabilitação (CER)

1. No âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território, e poderá ser organizado das seguintes formas: I – CER composto por dois serviços de reabilitação habilitados – CER II; II – CER composto por três serviços de reabilitação habilitados – CER III; e III – CER composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados – CER IV. Fonte: *caput do art. 19 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*

Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (CIOCS)

1. No âmbito das Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa, unidade operacional de trabalho de caráter extraordinário e temporário, com arquitetura integrada para a gestão das ações do setor saúde, nos âmbitos da vigilância e assistência, que visa o compartilhamento de informações em saúde; para apoiar as decisões durante os eventos de massa e monitorar os incidentes relacionados a saúde. Fonte: *inciso VI do caput do art. 4º do Anexo CII da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Evento de Massa (EM).

Centros Colaboradores

1. No âmbito do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB), unidade laboratorial especializada e capacitada em áreas específicas, que apresenta os requisitos necessários para desenvolver atividades de maior complexidade, ensino e pesquisa, com as seguintes competências: I – assessorar o gestor nacional no acompanhamento, normalização, padronização de técnicas e avaliação das atividades laboratoriais; II – colaborar no desenvolvimento científico e tecnológico das unidades da rede, bem como na capacitação de recursos humanos; III – realizar procedimentos laboratoriais de alta complexidade, para complementação diagnóstica e controle de qualidade analítica; IV – desenvolver estudos, pesquisas e ensino de interesse do gestor nacional; e V – disponibilizar ao gestor nacional informações referentes às atividades laboratoriais por intermédio do encaminhamento de relatórios periódicos. Fonte: *caput do art. 9º do Anexo II da PRC GM/MS nº 4.*

2. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), são considerados como Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, aquelas instituições hospitalares, integrantes do Sistema Único de Saúde que tenham comprovada experiência e qualidade na gestão organização assistencial e, portanto, estejam aptas a desenvolver ações de assessoria/consultoria a outros hospitais, igualmente integrantes do Sistema. Compete aos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar o desenvolvimento de atividades de assessoria/consultoria, nas áreas em que forem selecionados, junto a hospitais predefinidos pela Secretaria de Atenção à Saúde/SAS e integrantes do Sistema Único de Saúde.

Fonte: *parágrafo único do art. 24 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição (CECAN)

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), localizados em instituições públicas de ensino e pesquisa e credenciados pelo Ministério da Saúde para o apoio ao desenvolvimento de estratégias que aperfeiçoem as ações da PNAN. São parceiros estratégicos para articular as necessidades do SUS com a formação e qualificação dos profissionais de saúde para agenda de Alimentação e Nutrição. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 1.*
2. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), rede colaborativa interinstitucional de cooperação técnico-científica, que deve ser aprimorada e fortalecida à medida que produzem evidências que contribuem para o fortalecimento da gestão e atenção nutricional na rede de atenção à saúde do SUS. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Centros de Atendimento de Urgência Tipo I

1. Estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que disponibilizam e realizam o procedimento com o uso de trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específico. Fonte: *caput do art. 131 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

CEO ver Centro de Especialidade Odontológica

CER ver Centro Especializado em Reabilitação

CEREST ver Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CEREST Estadual

1. Aquele que desempenha um papel na execução, organização e estruturação da assistência de média e alta complexidade, relacionados com os problemas e agravos à saúde apresentados abaixo: Câncer ocupacional; agravos produzidos pelos campos eletromagnéticos; problemas de saúde provocados pela radiação ionizante; transtornos da auto-imunidade; mutagenicidade e teratogenicidade; asbestose (exposição ao amianto); problemas relacionados com o trabalho em

turnos; alterações neuro-fisiológicas relacionadas ao trabalho; transtornos mentais condicionados pela organização do trabalho; agravos produzidos pela exposição ao calor excessivo; agravos provocados pela exposição a agentes biológicos: vírus, bactérias, fungos entre outros; intoxicação crônica por metais pesados; exposição crônica aos solventes orgânicos; agravos produzidos por agrotóxicos; dermatoses ocupacionais; efeitos auditivos e não auditivos produzidos pelo ruído; pneumoconioses; LER/DORT. E tem por atribuição: I - Desenvolver estudos e pesquisas na área de saúde do trabalhador e do meio ambiente, atuando em conjunto com outras unidades e instituições, públicas ou privadas, de ensino e pesquisa ou que atuem em áreas afins à saúde e ao trabalho; II - Promover programas de formação, especialização e qualificação de recursos humanos na área de saúde do trabalhador; III - Dar suporte técnico para o aperfeiçoamento de práticas assistenciais interdisciplinares em saúde do trabalhador, organizada na forma de projetos de intervenção; IV- Propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho; promoção de eventos técnicos, elaboração de protocolos clínicos e manuais; V- Atuar em articulação com os Centros de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e com unidades e órgãos afins, nas atividades de normatização relativas à prevenção de agravos à saúde decorrentes do trabalho e de vigilância sanitária e epidemiológica em saúde do trabalhador; VI - Promover, em conjunto com os órgãos competentes dos municípios, a definição de critérios de: a) Avaliação para controle da qualidade das ações de saúde do trabalhador desenvolvidas no âmbito municipal; b) Referência e contra-referência e outras medidas que assegurem o pleno desenvolvimento das ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador e do meio ambiente; c) Cooperação técnica para o desenvolvimento das ações e pesquisas em saúde do trabalhador e do meio ambiente; e d) Produzir informações para subsidiar proposições de políticas na área de saúde do trabalhador; VII - Desenvolver programas de educação em saúde sobre questões da relação saúde-trabalho para a população em geral; VIII - Promover o intercâmbio técnico-científico com instituições nacionais, internacionais e estrangeiras; IX- Em conjunto com os gestores estaduais, coordenar o processo de preparação, organização e operacionalização do Programa Estadual de Qualificação Pessoal em Saúde do Trabalhador, estabelecido nesta portaria; X- Em conjunto com os gestores estaduais, coordenar o Programa de Acompanhamento e Avaliação da implantação da RENAST; XI - Em conjunto com os gesto-

res estaduais, participar do processo de elaboração, implantação e operacionalização do Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador junto aos municípios, nas diversas regiões do estado; XII - Prestar suporte técnico para os municípios executarem a pactuação regional, afim de garantir, em toda a área do estado, o atendimento aos casos de doenças relacionadas ao trabalho; e XIII- Participar, no âmbito de cada estado, do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção: Vigilância em Saúde, PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados. Fonte: Anexo 2 do Anexo X da PRC GM/MS nº 3.

2. Aquele que deve estar integrado ao CEREST Regional e com as referências em saúde do trabalhador desenvolvidas na rede ambulatorial e hospitalar, compatibilizando um Sistema de Informação Integrado, a implementação conjunta dos Projetos Estruturadores, a execução do Projeto de Capacitação, a elaboração de material institucional e comunicação permanente, de modo a constituir um sistema em rede nacional. Fonte: parágrafo único do art. 6º do Anexo X da PRC GM/MS nº 3.

CEREST Regional

1. Aquele que desempenha um papel na execução, organização e estruturação da assistência de média e alta complexidade, relacionados com os problemas e agravos à saúde apresentados abaixo: Câncer ocupacional; Agravos produzidos pelos campos eletromagnéticos; Problemas de saúde provocados pela radiação ionizante; Transtornos da auto-imunidade; Mutagenicidade e teratogenicidade; Asbestose (exposição ao amianto); Problemas relacionados com o trabalho em turnos; Alterações neuro-fisiológicas relacionadas ao trabalho; Transtornos mentais condicionados pela organização do trabalho; Agravos produzidos pela exposição ao calor excessivo; Agravos provocados pela exposição a agentes biológicos: vírus, bactérias, fungos entre outros; Intoxicação crônica por metais pesados; Exposição crônica aos solventes orgânicos; Agravos produzidos por agrotóxicos; Dermatoses ocupacionais; Efeitos auditivos e não auditivos produzidos pelo ruído; Pneumoconioses; LER/DORT. E tem por atribuição: I- Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o atendimento, de forma integral e hierarquizada, aos casos suspeitos de Doenças Relacionadas ao Trabalho, para estabelecer a relação causal entre o quadro clínico e o trabalho;

II- Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o diagnóstico e o tratamento das Doenças Relacionadas ao Trabalho, o que inclui a realização de exames complementares, podendo incluir vistorias sanitárias aos locais de trabalho; III- Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o registro, notificação e relatórios sobre os casos atendidos e o encaminhamento destas informações aos órgãos competentes visando ações de vigilância e proteção à saúde; IV - Suporte técnico às ações de vigilância, de média e alta complexidade, a ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes e serviços de vigilância municipal e/ou estadual; V - Retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para o processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho, em sua área de abrangência; VI - Ações de promoção à Saúde do Trabalhador, incluindo ações integradas com outros setores e instituições, tais como Ministério do Trabalho, Previdência Social, Ministério Público, entre outros; VII - Participar, no âmbito do seu território de abrangência, do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção: PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados.

Fonte: Anexo 2 do Anexo X da PRC GM/MS nº 3.

2. Aquele que deve estar integrado ao CEREST Estadual e com as referências em saúde do trabalhador desenvolvidas na rede ambulatorial e hospitalar, compatibilizando um Sistema de Informação Integrado, a implementação conjunta dos Projetos Estruturadores, a execução do Projeto de Capacitação, a elaboração de material institucional e comunicação permanente, de modo a constituir um sistema em rede nacional. Fonte: parágrafo único do art. 6º do Anexo X da PRC GM/MS nº 3.

Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS)

1. No âmbito dos procedimentos relativos à certificação de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (CEBAS), será concedido às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços na área de saúde e que atendam ao disposto na Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, na Lei nº 12.868, de 15 de outubro de 2013, no Decreto nº 7.300, de 14 setembro de 2010, no Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014, e neste

Capítulo [II da Portaria de Consolidação MS/GM nº 2].
Fonte: *caput do art. 143 da PRC GM/MS nº 1.*

2. No âmbito dos procedimentos relativos à certificação de procedimentos relativos à certificação de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde, consideram-se aquelas que atuem diretamente na atenção à saúde. Fonte: *caput do art. 141 da PRC GM/MS nº 1.*
3. No âmbito dos procedimentos relativos à certificação de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (CEBAS), as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, poderão comprovar sua condição de beneficiante para fins de certificação das seguintes formas: I - pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), em conformidade com o art. 4º e 6º da Lei nº 12.101, de 2009; II - pela prestação anual de serviços prestados ao SUS em percentual menor que 60% (sessenta por cento) e por aplicação de percentual da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 12.101, de 2009; III - pela aplicação do percentual de 20% (vinte por cento) da receita efetivamente recebida da prestação de serviços de saúde em gratuidade, quando não houver interesse de contratação pelo gestor do SUS, em conformidade com o art. 8º, inciso I da Lei nº 12.101, de 2009; IV - pela realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, em conformidade com o art. 11 da Lei nº 12.101, de 2009; V - pela condição de beneficiante, conforme o disposto no art. 110 da Lei nº 12.249, de 2010; VI - pela prestação de serviços ao SUS de atendimento e acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, em conformidade com o art. 7-A da Lei nº 12.101, de 2009; VII - pela atuação exclusiva na promoção da saúde, sem exigência de contraprestação do usuário pelas ações e serviços de saúde realizados, em conformidade com o art. 8-A da Lei nº 12.101, de 2009; e VIII - pela execução de ações exclusivamente de promoção da saúde voltadas para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas, desde que comprovem a aplicação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) de sua receita bruta em ações de gratuidade, em conformidade com o art. 8-B da Lei nº 12.101, de 2009. Fonte: *parágrafo único do art. 143 da PRC GM/MS nº 1.*

Certificado Hospital Amigo do Índio

1. Oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Para concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio, deverão ser observados os seguintes critérios: I – garantia do direito ao acompanhante, dieta especial e informação aos usuários, respeitando as especificidades culturais dos povos indígenas; II – garantia do respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde nos projetos terapêuticos singulares e na ambiença física; III – participação nas instâncias de Controle Social (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde) e de pactuação intergestores do SUS, no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; IV – garantia de informação em saúde à rede integrada do SUS, compreendendo as unidades de saúde indígena no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; V – garantia de critérios especiais de acesso e acolhimento a partir da avaliação de risco clínico e vulnerabilidade sócio-cultural; VI – garantia de instâncias próprias de avaliação com participação de usuários e gestores no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; VII – garantia de Ouvidoria adaptada às especificidades étnico-culturais dos povos indígenas; e VIII – garantia de processo de Educação Permanente aos profissionais com respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde. [Conceito originário de dispositivo revogado]. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo 5 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

CGBP ver Casa da Gestante, Bebê e Puérpera

CGI ver Comitê de Gestão de Indicadores

CGPNPS ver Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde

CGSNT ver Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes

Chamadas Nutricionais

1. No âmbito da Vigilância Alimentar e Nutricional, pesquisas transversais realizadas em datas estratégicas – como o “dia nacional de imunização” – permitindo estudos sobre aspectos da alimentação e nutrição infantil, bem como de políticas sociais de transferência de renda e de acesso aos alimentos direcionados a esse público. Devem ser implementadas nos diferentes níveis, do local ao nacional. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

veis, do local ao nacional. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), pesquisas transversais realizadas em datas estratégicas – como o “dia nacional de imunização” – permitindo estudos sobre aspectos da alimentação e nutrição infantil, bem como de políticas sociais de transferência de renda e de acesso aos alimentos direcionados a esse público, devendo ser implementadas nos diferentes níveis, do local ao nacional. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Chamamento Público [da Participação Complementar]

1. No âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), ato de chamar, publicamente, prestadores de serviços assistenciais de interesse do SUS, com a possibilidade de credenciar, no âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Fonte: *inciso I do caput do art. 129 da PRC GM/MS nº 1.*

CIAN ver Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição

CIATox ver Centro de Informação e Assistência Toxicológica

CIB ver Comissão Intergestores Bipartite

CIES ver Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço

CIEVS ver Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

CIHDOTTs ver Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

CIINFO/MS ver Comitê de Informação e Informática em Saúde do Ministério da Saúde

CIOCS ver Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde

CIP ver Comissão Intergestores do ProgeSUS [Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS]

CIPAN ver Comitê Encarregado da Elaboração e Condução do Componente do Setor Saúde do Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos (CIPAN)

CIPNSP ver Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente

Cirurgia de Grande Porte [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, cirurgia com grande probabilidade de perda de fluido e sangue. Fonte: *inciso V do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

CISI ver Comissão Intersetorial de Saúde Indígena

Classificação de Risco

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, protocolo pré-estabelecido, com a finalidade de dar agilidade ao atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Fonte: *inciso V do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências no SUS, ferramenta de apoio à decisão clínica, no formato de protocolo, com linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas, que deve ser utilizado por profissionais (médicos ou enfermeiros) capacitados, com o objetivo de identificar a gravidade do paciente e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes. Fonte: *inciso V do caput do art. 71 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Clínica Ampliada

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades de cada usuário e no seu contexto, articulando um conjunto de práticas capazes de potencializar a capacidade de atuação dos profissionais por meio da implantação das equipes de referência, construção de vínculo e elaboração de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários, buscando ampliar os recursos de intervenção sobre o processo saúde/doença. Fonte: *inciso VI do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

CNAM ver Comitê Nacional de Aleitamento Materno

CNBLH ver Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano

CNCDOs Regionais ver Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Regionais

CNEPS ver Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde

CNES ver Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNRAC ver Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade

CNT ver Central Nacional de Transplantes

COAPS ver Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Codex Alimentarius

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), comissão que tem por finalidade discutir e elaborar normas alimentares, regulamentos e outros textos relacionados à proteção da saúde do consumidor, assegurar práticas de comércio claras e promover a coordenação das normas alimentares construídas por organizações governamentais e não-governamentais. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Colegiado de Gestão Regional

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde. São as instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais). O Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes. Fonte: *caput do art. 4º do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, são suas atribuições: I – construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (de sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; II – submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação; III – pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais municípios de sua área de abrangência; IV – incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde de sua área de abrangência; V – acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e VI – avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário. Fonte: *caput do art. 5º do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.*

3. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, é aquele que observa e incentiva a

criação de mecanismos legais que assegurem a gestão dos recursos financeiros alocados para uma região de saúde e que permitam remanejamento de recursos financeiros em consonância com a necessidade do respectivo nível de gestão do SUS e com as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde. Fonte: *Anexo LXXXVII da PRC GM/MS nº 6.*

4. No âmbito da Alocação Orçamentária Referente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, deve observar e incentivar a criação de mecanismos legais que assegurem a gestão dos recursos financeiros alocados para uma região de saúde e que permitam remanejamento de recursos financeiros em consonância com a necessidade do respectivo nível de gestão do SUS e com as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde. Fonte: *Anexo LXXXIV da PRC GM/MS nº 6.*

Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental

1. No âmbito da Política de Saúde Mental, tem caráter consultivo, com a finalidade de: I – assessorar o Ministério da Saúde na condução da Política Nacional de Saúde Mental; II – propor mecanismos de avaliação e monitoramento dessa Política; III – elaborar relatórios técnicos sobre situações complexas que necessitam de intervenção da gestão; IV – analisar e propor as atualizações necessárias para as normas técnicas e as diretrizes do Ministério da Saúde sobre saúde mental e atenção integral em álcool e outras drogas; e V – contribuir para ampliar a interlocução da gestão da política de saúde com as organizações da sociedade civil, das entidades científicas e profissionais, e das políticas intersetoriais. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo II da PRC GM/MS nº 2.*

Coleta de Múltiplos Componentes por Aférese

1. Aquela que será objeto de protocolo especial a ser elaborado pelo serviço de hemoterapia, e poderá ser realizada através das seguintes opções: I – 1 (um) concentrado de plaquetas com, no mínimo, 3,0 x 10e11 plaquetas e um concentrado de hemácias, com no mínimo 45g de hemoglobina; e II – 2 (duas) unidades de concentrados de hemácias, cada uma com, no mínimo, 45g de hemoglobina. Fonte: *caput do art. 164 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Comissão Corregedora Tripartite (CCT)

1. No âmbito do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), representativa do Conselho Nacional de Secretários

Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Ministério da Saúde, que indicarão, cada qual, três membros para compô-la. Fonte: *caput do art. 28 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 4.*

2. Compete à CCT: I – velar pelo funcionamento harmônico e ordenado do SNA; II – identificar distorções no SNA e propor à direção correspondente do SUS a sua correção; III – resolver os impasses surgidos no âmbito do SNA; IV – requerer dos órgãos competentes provisórias para a apuração de denúncias de irregularidades que julgue procedentes; e V – aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria pelo nível federal ou estadual do SNA, conforme o caso, em estados ou municípios, quando o órgão a cargo do qual estiverem afetas mostrar-se omisso ou sem condições de executá-las. Fonte: *caput do art. 30 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 4.*

Comissão de Acompanhamento

1. Comissão que tem por finalidade de executar as atividades de planejamento, gerenciamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde no tocante ao atendimento emergencial aos estados e municípios acometidos por desastres naturais e/ou antropogênicos, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Fonte: *caput do art. 37 da PRC GM/MS nº 1.*

Comissão de Acompanhamento da Contratualização

1. No âmbito das diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), será instituída pelo ente federativo contratante e será composta, no mínimo, por 1 (um) representante do ente federativo contratante e um representante do hospital contratualizado. A Comissão monitorará a execução das ações e serviços de saúde pactuados, devendo: I – avaliar o cumprimento das metas qualitativas e físico-financeiras; II – avaliar a capacidade instalada; e III – readequar as metas pactuadas, os recursos financeiros a serem repassados e outras que se fizerem necessárias. Fonte: *caput do art. 32 do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta Para Casa (CAP)

1. No âmbito do Programa De Volta Para Casa, deverá ser constituída Comissão Estadual de Acompanhamento

do Programa "De Volta Para Casa" (CAP-SES) que terá as funções de emitir parecer sobre exclusão do Programa e renovação do benefício, bem como outras ações necessárias ao acompanhamento do Programa. Fonte: *parágrafo único do art. 59 da PRC GM/MS nº 5.*

2. No âmbito do Programa De Volta Para Casa, fica instituída a Comissão de Acompanhamento do "De Volta Para Casa" que será composta pelos representantes das seguintes instâncias/instituições, sob a coordenação do primeiro: I – Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Saúde Mental; II – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS); III – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e IV – Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde. Ficam atribuídas à referida Comissão as seguintes responsabilidades: I – emitir parecer sobre a habilitação de Municípios; II – emitir parecer sobre inclusão e exclusão de beneficiário no Programa; III – emitir parecer sobre renovação do auxílio-reabilitação psicosocial ao beneficiário; IV – elaborar e pactuar as normas aplicáveis ao programa e submetê-las ao Ministério da Saúde; V – pactuar a definição de Municípios prioritários para habilitação no programa; VI – ratificar o levantamento nacional de clientela de beneficiários em potencial do Programa "De Volta Para Casa"; e VII – acompanhar e assessorar a implantação e avaliação do programa. Fonte: *caput do art. 61 da PRC GM/MS nº 5.*

Comissão de Acompanhamento do Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos

1. No âmbito do Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP), instituída pelos gestores signatários do PCEP, e se reunirá no mínimo trimestralmente, e sempre quando necessário, integrada por representantes paritários designados pelas partes envolvidas no PCEP, desempenhando as seguintes competências: I – avaliar o cumprimento das metas físicas pactuadas, mediante o acompanhamento dos Planos Operativos Anuais; II – propor, quando necessário, modificações nas cláusulas do PCEP, desde que não alterem seu objeto; e III – propor indicadores de avaliação do Plano Operativo Anual. Fonte: *caput do art. 66 da PRC GM/MS nº 1.*

Comissão de Acompanhamento dos Planos Operativos Anuais

1. No âmbito das Orientações para elaboração do Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos, responsável

por realizar o acompanhamento dos Planos, avaliando o cumprimento das metas físicas pactuadas, podendo propor, modificações nas cláusulas do PCEP, desde que essas não alterem seu objeto, bem como propor novos indicadores de avaliação no Plano Operativo Anual. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 1*.

Comissão de Assessoramento Técnico ao Diagnóstico Laboratorial em Hemostasia (CAT-Hemostasia)

1. No âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (SINASAN), tem por finalidades: I – contribuir com a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSH/DAET/SAS/MS) na formulação da política nacional para a atenção às pessoas com coagulopatias, outras doenças hemorrágicas hereditárias e plaquetopatias; II – acompanhar as ações e atividades do Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias no âmbito do SUS, a fim de contribuir com o aperfeiçoamento do gerenciamento de ações de diagnóstico clínico e laboratorial para a atenção à saúde dos pacientes, sob responsabilidade do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (SINASAN); III – propor à CGSH/DAET/SAS/MS políticas, ações e atividades para o referido Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias e para o desenvolvimento das ações de atenção às pessoas com coagulopatias, outras doenças hemorrágicas hereditárias e plaquetopatias; IV – sugerir à CGSH/DAET/SAS/MS publicações referentes ao Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias; e V – instituir Grupos de Trabalho específicos para o desenvolvimento de atividades específicas relacionadas ao cumprimento de suas finalidades. Fonte: *caput do art. 301 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5*.

Comissão de Assessoramento Técnico à Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (CAT-Doença Falciforme)

1. No âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (SINASAN), tem por finalidade assessorar tecnicamente a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAHU/SAS/MS), tendo as seguintes atribuições: I – contribuir e assessorar tecnicamente a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAHU/SAS/MS) na implementação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme; II – acompanhar as

ações e atividades da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de contribuir com o aperfeiçoamento do gerenciamento de ações de tratamento e atenção à saúde dos pacientes sob responsabilidade do SINASAN; III – propor à CGSH/DAHU/SAS/MS a realização de ações e atividades para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme; IV – sugerir à CGSH/DAHU/SAS/MS documentos, notas técnicas, recomendações, manuais, protocolos, diretrizes, condutas e rotinas que dêem sustentabilidade, segurança e resolutividade ao desenvolvimento das ações de atenção às pessoas com doença falciforme; e V – recomendar à CGSH/DAHU/SAS/MS publicações referentes à Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme. Fonte: *caput do art. 326 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5*.

Comissão de Assessoramento Técnico à Qualificação Nacional da Hemorrede Pública (CATQ-NHP)

1. No âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN), tem por finalidade assessorar tecnicamente a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (CGSH/DAHU/SAS/MS), tendo as seguintes atribuições: I – elaborar proposta à CGSH/DAHU/SAS/MS de estratégias para qualificação técnica e gerencial, visando minimizar as desigualdades regionais, fortalecer o desenvolvimento institucional e o funcionamento da hemorrede pública nacional; II – contribuir com a CGSH/DAHU/SAS/MS no monitoramento das ações e atividades para o desenvolvimento da Qualificação Técnica e Gerencial da Hemorrede Nacional, incluindo a análise de resultados de avaliações e a proposição de ações para melhoria dos serviços de hematologia e hemoterapia; e III – sugerir à CGSH/DAHU/SAS/MS documentos, notas técnicas, manuais, protocolos e diretrizes, condutas e rotinas que deem sustentabilidade, segurança e resolutividade ao desenvolvimento das ações de qualificação técnica e gerencial da hemorrede. Fonte: *caput do art. 335 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5*.

Comissão de Assessoramento Técnico às Coagulopatias, outras Doenças Hemorrágicas Hereditárias e Plaquetopatias (CAT-Coagulopatias)

1. No âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (SINASAN), tem por finalidades: I – contribuir com a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSH/DAET/SAS/MS) na formulação da política nacional para a atenção às pessoas com coagulopatias, outras doenças hemorrágicas hereditárias e plaquetopatias; II – acompanhar as ações e atividades do Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de contribuir com o aperfeiçoamento do gerenciamento de ações de tratamento e atenção à saúde dos pacientes, sob responsabilidade do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (SINASAN); III – propor à CGSH/DAET/SAS/MS políticas, ações e atividades para o referido Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias e para o desenvolvimento das ações de atenção às pessoas com coagulopatias, outras doenças hemorrágicas hereditárias e plaquetopatias; IV – sugerir à CGSH/DAET/SAS/MS publicações referentes ao Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias; e V – instituir Grupos de Trabalho para o desenvolvimento de atividades específicas relacionadas ao cumprimento de suas finalidades. Fonte: *caput do art. 299 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Comissão de Assessoramento Técnico às Talassemias (CAT-Talassemias)

1. No âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN), tem por finalidades: I – contribuir e assessorar tecnicamente a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSH/DAET/SAS/MS) na formulação da política nacional para atenção às pessoas com Talassemias; II – acompanhar as ações e atividades do Programa Nacional de Talassemias, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de contribuir com o aperfeiçoamento do gerenciamento de ações de tratamento e atenção à saúde dos pacientes, sob responsabilidade do SINASAN; III – propor à Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAET/SAS/MS) políticas, ações e atividades para o referido Programa Nacional de Talassemias, elaborar documentos, pareceres, recomenda-

ções, manuais, protocolos, diretrizes, condutas e rotinas que dêem sustentabilidade, segurança e resolutividade ao desenvolvimento das ações de atenção às pessoas com Talassemias; IV – recomendar à CGSH/DAET/SAS/MS publicações referentes ao Programa Nacional de Talassemias; e V – instituir Grupos de Trabalho para o desenvolvimento de atividades específicas relacionadas ao cumprimento de suas finalidades. Fonte: *caput do art. 362 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão Ambiental (CAT-Gestão Ambiental)

1. No âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (SINASAN), tem por finalidade assessorar tecnicamente a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAHU/SAS/MS), tendo as seguintes atribuições: I – elaborar propostas e propor ações na área de gestão ambiental, visando minimizar as desigualdades regionais, otimizando a aplicação de recursos, preservando o meio ambiente, a saúde da população e a segurança dos trabalhadores; II – contribuir com a CGSH/DAHU/SAS/MS no acompanhamento e monitoramento das ações e atividades da área de gestão ambiental, no âmbito dos serviços de hematologia e hemoterapia do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de atender a legislação vigente e qualificar a Hemorrede Pública Nacional, sob responsabilidade do SINASAN; e III – sugerir à CGSH/DAHU/SAS/MS documentos, notas técnicas, recomendações, manuais, protocolos, diretrizes, condutas e rotinas que deem sustentabilidade, segurança e resolutividade ao desenvolvimento das ações de gestão ambiental. Fonte: *caput do art. 317 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão de Equipamentos (CAT-Gestão de Equipamentos)

1. No âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (SINASAN), tem por finalidade assessorar tecnicamente a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAHU/SAS/MS), tendo as seguintes atribuições: I – elaborar propostas na área de Gestão de Equipamentos, visando minimizar as desigualdades regionais, otimizando a aplicação de recursos, adequação e incorporação de novas tecnologias em saúde, na segurança dos trabalhadores e na qualificação de produtos e serviços na área de sangue e derivados; II – contribuir com a

CGSH/DAHU/SAS/MS no acompanhamento e monitoramento das ações e atividades da área de Gestão de Equipamentos, no âmbito dos serviços de hematologia e hemoterapia do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de atender a legislação vigente e qualificar a Hemorrede Pública Nacional, sob responsabilidade do SINASAN; e III – sugerir à CGSH/DAHU/SAS/MS documentos, notas técnicas, recomendações, manuais, protocolos, diretrizes, condutas e rotinas que deem sustentabilidade, segurança e resolutividade ao desenvolvimento das ações de Gestão de Equipamentos. Fonte: *caput do art. 307 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Comissão de Assessoramento Técnico em Sangue Raro (CAT-Sangue Raro)

1. No âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e derivados (SINASAN), tem por finalidade assessorar tecnicamente a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAET/SAS/MS), tendo ainda as seguintes atribuições: I – elaborar e apresentar propostas na área de Hemoterapia à CGSH/DAET/SAS/MS, visando estabelecer ações e mecanismos que garantam a captação e reserva de sangue e componentes com fenótipos raros, bem como sua mobilização para a atenção hemoterápica; II – contribuir com a CGSH/DAET/SAS/MS na formulação, avaliação e normatização das atividades relacionadas aos bancos de sangue de hemácias e plaquetas raras, com vistas à estruturação de uma Rede de Bancos de Sangue Raro, no âmbito da Hemorrede Nacional; III – contribuir com a CGSH/DAET/SAS/MS no acompanhamento e monitoramento das ações e atividades relacionadas à temática, junto aos serviços de hematologia e hemoterapia do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de atender a legislação vigente e qualificar a Hemorrede Pública Nacional para a oferta dos serviços; e IV – sugerir à CGSH/DAET/SAS/MS documentos, notas técnicas, recomendações, manuais, protocolos, diretrizes, condutas e rotinas que deem sustentabilidade, segurança e resolutividade ao desenvolvimento das ações voltadas para a assistência hemoterápica qualificada a pacientes que necessitem de sangue raro. Fonte: *caput do art. 353 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Comissão de Assessoramento Técnico para a Promoção da Doação Voluntária de Sangue (CAT-PDVS)

1. No âmbito do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e derivados (SINASAN), tem por finalidade assessorar tecnicamente a Coordenação-Geral de Sangue e

Hemoderivados (CGSH/DAHU/SAS/MS), tendo ainda as seguintes atribuições: I – elaborar propostas à CGSH/DAHU/SAS/MS de estratégias voltadas para a promoção da doação voluntária de sangue, como de ações e atividades que visem à captação de doadores; II – contribuir com a CGSH/DAHU/SAS/MS no acompanhamento e monitoramento das ações, atividades e estratégias para a promoção da doação de sangue no âmbito nacional; e III – sugerir à CGSH/DAHU/SAS/MS documentos, notas técnicas, recomendações, manuais, protocolos, diretrizes, condutas e rotinas, além de capacitações junto à Hemorrede Nacional voltadas para a promoção da doação voluntária de sangue. Fonte: *caput do art. 344 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Comissão de Bancos de Leite Humano

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, tem por finalidade: I - Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano: a) assessorar a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno da SAS na formulação, controle e avaliação da política relativa aos Bancos de Leite Humano, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros; b) discutir diretrizes, identificar necessidades e coordenar a produção de documentos técnicos e científicos; c) assessorar o monitoramento das atividades, participar do redirecionamento de estratégias, apoiar o processo de articulação, mobilizando e sensibilizando setores do Governo e da sociedade civil para o desenvolvimento de ações inerentes ao tema; e d) propor medidas sobre assuntos a ela submetidos pela SAS e pelos membros da Comissão. II - Comissão Estadual de Bancos de Leite Humano: prestar assessoramento à área correspondente da Secretaria Estadual de Saúde no planejamento, no controle e na avaliação das ações de Bancos de Leite Humano. Fonte: *Anexo 2 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Comissão de Biossegurança em Saúde [do Ministério da Saúde] (CBS)

1. Observadas as atribuições legais do Conselho Nacional de Biossegurança - CNBS e da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança - CTNBio, compete-lhe - CBS: I – participar, nos âmbitos nacional e internacional, da elaboração e reformulação de normas no âmbito da biossegurança; II – proceder ao levantamento e à análise das questões referentes a biossegurança, visando identificar seus impactos e suas correlações com a saúde humana; III – propor estudos para subsidiar o posicionamento do Ministério da Saúde na tomada

Comissão de Monitoramento e Avaliação do Conjunto de Ações que Compõem o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS)

de decisões sobre temas relativos à biossegurança; IV – assessorar na elaboração de posicionamentos oficiais do Ministério da Saúde para a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio) e o Conselho Nacional de Biossegurança (CNBS), observando os pareceres técnicos das unidades organizacionais do Ministério da Saúde pertinentes; V – enviar aos órgãos e entidades deste Ministério os relatórios finais e encaminhamentos resultantes de suas atividades; VI – propiciar debates públicos sobre biossegurança, por intermédio de reuniões e eventos abertos à comunidade; VII – elaborar e aprovar seu regimento interno; VIII – acompanhar as atividades dos foros nacionais e internacionais relacionados à Biotecnologia e à Biossegurança; e IX – assessorar nas atividades relacionadas à formulação, à atualização e à implementação da Política Nacional de Biossegurança (PNB). Fonte: art. 51 da PRC GM/MS nº 1.

Comissão de Monitoramento e Avaliação do Conjunto de Ações que Compõem o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS)

1. Tem por finalidade contribuir para o permanente aperfeiçoamento do sistema, sua sustentabilidade e institucionalização dos avanços obtidos no âmbito da Vigilância em Saúde. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 4.*
2. É atribuição da Comissão de Monitoramento e Avaliação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: I – monitorar e avaliar o desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde; II – acompanhar, por meio de relatórios e indicadores, as atividades de vigilância, de prevenção e de controle de doenças; e III – elaborar recomendações à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, para corrigir insuficiências detectadas e proteger os avanços obtidos, de forma a obter o constante aperfeiçoamento do SNVS. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 4.*

Comissão Estadual de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (CAP-SES)

1. Aquele com as funções de emitir parecer sobre exclusão do Programa e renovação do benefício, bem como outras ações necessárias ao acompanhamento do Programa. Fonte: *caput do art. 59 da PRC GM/MS nº 5.*

Comissão Estadual de Bancos de Leite Humano

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, tem por finalidade prestar assessoramento à

área correspondente da Secretaria Estadual de Saúde no planejamento, no controle e na avaliação das ações de Bancos de Leite Humano. Fonte: *Anexo 2 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Comissão Gestora do Plano Setorial da Saúde de Mitigação e de Adaptação às Mudanças Climáticas

1. No âmbito do Plano Diretor de Vigilância Sanitária, de caráter permanente e deliberativo, tem o objetivo de promover a articulação dos órgãos e entidades públicas para compatibilizar a Política Nacional sobre Mudança do Clima com as políticas públicas de saúde. Fonte: *caput do art. 131 da PRC GM/MS nº 5.*

Comissão Intergestores

1. No âmbito do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, instância de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: I – garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; II – orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; III – monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e IV – ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde. Fonte: *inciso IV do caput do art. 2º da Decreto FED 7508 de 28/06/2011.*

2. No âmbito da Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990 [Lei Orgânica da Saúde], as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são Reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Parágrafo Único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: I – decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; II – definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; III – fixar diretrizes sobre as regiões de

saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. Fonte: *caput do art. 14-A da Lei FED 8080 de 19/09/1990*.

3. No âmbito do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, as Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo: I – a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais; II – a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e III – a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS. Fonte: *caput do art. 30 da Decreto FED 7508 de 28/06/2011*.
4. No âmbito das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão, a Declaração da CIB [Comissão Intergestores Bipartite], de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal, é o documento que explicita a gestão dos estabelecimentos de saúde situados no território de um determinado município. Fonte: *caput do art. 58 da PRC GM/MS nº 1*.

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, são suas atribuições: I – elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde; II – definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o Estado; III – pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual; IV – homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; V – acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e VI – avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário. Fonte: *caput do art. 12 do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2*.

Comissão Intergestores do ProgeSUS [Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS] (CIP)

1. Compete: I – apresentar proposições sobre o conteúdo e a metodologia das ações de cronograma de desenvolvimento de cada ação; II – apresentar proposições de melhoria para o funcionamento dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias de Saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios; III – apresentar proposição referente aos indicadores que serão usados na avaliação do impacto do ProgeSUS no que tange ao fortalecimento dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias de Saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios; IV – acompanhar e apresentar proposições que contribuam para a eficaz execução do ProgeSUS; V – avaliar e classificar os projetos apresentados pelas Secretarias Municipais de Saúde na 4ª etapa do componente I do ProgeSUS; VI – definir o conjunto de dados que conformarão o Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS e a forma como os Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias de Saúde irão alimentá-lo. Fonte: *art. 771 da PRC GM/MS nº 5*.

Comissão Interinstitucional [da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde]

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, possui o objetivo de promover medidas que garantam o suporte técnico-administrativo necessário ao desenvolvimento da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Fonte: *caput do art. 32 do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2*.

Comissão Interinstitucional para a Prevenção e o Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo

1. Possui as seguintes atribuições: I – acompanhar e avaliar o Programa Nacional de Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo, designado por Pró-Iodo, bem como discutir a efetividade das ações adotadas; e II – estabelecer estratégias de informação, de comunicação, de educação e de mobilização social com vistas à garantia da nutrição ótima de iodo. Fonte: *caput do art. 315 da PRC GM/MS nº 5*.

Comissão Interinstitucional para Implementação, Acompanhamento e Monitoramento das Ações de Fortificação de Farinhas de Trigo, de Milho e de seus Subprodutos

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, comissão à qual compete: I – propor medidas destinadas a implementar as ações para fortificação das farinhas de trigo e de milho; II – acompanhar e monitorar a fortificação das farinhas de trigo, de milho e de seus subprodutos, bem como discutir a efetividade das ações adotadas; e III – estabelecer estratégias de informação, de comunicação, de educação e de mobilização social com vistas à redução da prevalência de anemia e dos defeitos do tubo neural. Fonte: *caput* do art. 23 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN)

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), comissão do Conselho Nacional de Saúde (CNS) prevista na Lei nº 8080/90 e tem por objetivo: acompanhar, propor e avaliar a operacionalização das diretrizes e prioridades da PNAN e promover a articulação e a complementaridade de políticas, programas e ações de interesse da saúde, cujas execuções envolvem áreas não compreendidas no âmbito específico do SUS (BRASIL, 1990). Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI)

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, é um órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde, com participação de instituições públicas, organizações não-governamentais e organizações representativas dos povos indígenas, tem por finalidade o acompanhamento da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em nível nacional, recomendando medidas para a sua correta execução. Essa comissão atende às exigências do controle social estabelecidas na Lei nº 8.080/90, devendo ter participação paritária de membros escolhidos pelos povos indígenas e suas organizações representativas. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.
2. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, seu funcionamento, enquanto órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde, com participação de instituições públicas, organizações não-governamentais e organizações representativas dos povos indígenas, tem por finalidade o acompanha-

mento da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em nível nacional, recomendando medidas para a sua correta execução. Essa comissão atende às exigências do controle social estabelecidas na Lei nº 8.080/90, devendo ter participação paritária de membros escolhidos pelos povos indígenas e suas organizações representativas. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.

Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTTs)

1. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, obrigatória naqueles hospitalares públicos, privados e filantrópicos obedecida a seguinte classificação: Tipo I: estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico. Tipo II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano. Tipo III: estabelecimento de saúde não-oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgão. Compete: I – organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos; II – criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos; III – articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação; IV – articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos; V – viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema; VI – notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação; VII – manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição; VIII – promover e organizar o acolhimento às

famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição; IX – articular-se com os respectivos IML e SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos; X – articular-se com as respectivas CNCDOs, OPOS e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos; X – articular-se com as respectivas CNCDOs, OPOS e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos; XI – arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997; XII – orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997; XIII – responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; XIV – manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizados conforme Anexo 19 do Anexo I ; XV – apresentar mensalmente os relatórios à CNCDO, conforme o Anexo 19 do Anexo I ; XVI – nos casos em que se aplique, articular-se com as demais instâncias intra e interinstitucionais no sentido de garantir aos candidatos a receptores de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo o acesso às equipes especializadas de transplante, bem como auditar internamente a atualização junto à CNCDO das informações pertinentes a sua situação clínica e aos demais critérios necessários à seleção para alocação dos enxertos; XVII – acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, nos casos em que se aplique, inclusive os registros de seguimento de doadores vivos; XVIII – implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; e XIX – registrar, para cada processo de doação, informações constantes na Ata

do Processo Doação/Transplante, do Anexo 18 do Anexo I. Fonte: *caput do art. 24 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Comissão Nacional com a Finalidade de Avaliar e Definir Diretrizes Políticas para a Promoção da Saúde, Prevenção e Controle das Doenças e Agravos Não Transmissíveis

1. Aquela com a finalidade de avaliar e definir diretrizes políticas para a promoção da saúde, prevenção e controle das doenças e agravos não-transmissíveis, integrada por representante de cada uma das unidades do Ministério da Saúde e entidade vinculada e das instituições, a seguir indicadas: I – Secretaria-Executiva; II – Secretaria de Vigilância em Saúde; III – Secretaria de Atenção à Saúde; IV – Instituto Nacional de Câncer; V – Agência Nacional de Vigilância Sanitária; VI – Conselho Nacional de Saúde; VII – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; VIII – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; IX – Organização Pan-Americana da Saúde. Fonte: *caput do art. 661 da PRC GM/MS nº 5.*

Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, tem por atribuição formular políticas nacionais e definir as prioridades nacionais em educação na saúde, e será composta por gestores das três esferas de governo, além de atores do controle social, das instituições de ensino e de trabalhadores dos serviços e suas respectivas representações. Tem por objetivo promover a pactuação interinstitucional e intersetorial em torno das diretrizes políticas gerais da educação permanente em saúde no âmbito do SUS, bem como de seu acompanhamento e proposição das diretrizes de avaliação. São suas atribuições: I – propor prioridades, métodos e estratégias para a integração entre ensino das profissões da saúde, gestão do SUS, serviços de saúde e participação popular na saúde; II – propor estratégias e métodos de articulação com os órgãos educacionais e do SUS, bem como com entidades representativas da formação de recursos humanos na área da saúde; e III – contribuir técnica e operacionalmente com a formulação e avaliação da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Fonte: *caput do art. 20 do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.*

Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH)

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, tem por competência: a) assessorar a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno da SAS na formulação, controle e avaliação da política relativa aos Bancos de Leite Humano, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros; b) discutir diretrizes, identificar necessidades e coordenar a produção de documentos técnicos e científicos; c) assessorar o monitoramento das atividades, participar do redirecionamento de estratégias, apoiar o processo de articulação, mobilizando e sensibilizando setores do Governo e da sociedade civil para o desenvolvimento de ações inerentes ao tema; e d) propor medidas sobre assuntos a ela submetidos pela SAS e pelos membros da Comissão. Fonte: Anexo 2 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Ver também: Comissão de Bancos de Leite Humano e Banco de Leite Humano (BLH) (BLH).

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS)

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, foi criada pelo Conselho Nacional de Saúde com o intuito de elaborar e acompanhar a aplicação das normas que devem regulamentar as pesquisas envolvendo seres humanos no país. A articulação com esta comissão visa à vigilância ao cumprimento dos princípios da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e, especialmente, da Resolução nº 304/2000, em virtude dos riscos adicionais que podem apresentar as pesquisas junto a populações indígenas decorrentes de sua condição excepcional. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) (CONITEC)

1. Para cumprimento de suas finalidades, ficam instituídas as seguintes subcomissões técnicas permanentes no âmbito da CONITEC: I – Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT: a) aprimorar guia metodológico para a elaboração de PCDT; b) definir metodologia e fluxo para avaliação de PCDT; c) construir banco de especialistas para elaborar e revisar d) desenvolver critérios para a escolha de temas para futuros PCDT; e) definir temas para novos PCDT e delimitar escopo; f) acompanhar, em conjunto com os órgãos competentes do Ministério da Saúde, a elaboração dos PCDT; g)

avaliar a versão preliminar do texto do PCDT e os algoritmos de diagnóstico, tratamento e monitoramento propostos; h) avaliar as evidências apresentadas e definir a necessidade de estudos adicionais; i) receber a síntese das contribuições das consultas públicas realizadas pelos órgãos competentes do Ministério da Saúde e avaliar a necessidade de informações adicionais; j) avaliar a versão final do PCDT e preparar manifestação técnica para subsidiar a análise pelo Plenário; k) desenvolver estratégias de comunicação e disseminação dos PCDT para os diversos atores da sociedade; l) atualizar periodicamente os PCDT vigentes.; II – Subcomissão Técnica de Atualização da RENAME e do Formulário Terapêutico Nacional (FTN): a) revisar o elenco de medicamentos e insumos da RENAME vigente, visando a sua atualização permanente; b) demandar ao Plenário a avaliação para incorporação, exclusão e alteração de medicamentos e insumos da RENAME analisados pela subcomissão, que constam ou não da RENAME vigente; c) consolidar periodicamente a RENAME, a partir das deliberações da CONITEC, e submetê-la ao DAF/SCTIE/MS para fins de pactuação tripartite; d) atualizar de forma permanente o FTN, tornando-o instrumento para a promoção do uso racional dos medicamentos definidos na RENAME.; e III – Subcomissão Técnica de Atualização da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES): a) revisar o elenco de ações e serviços disponibilizados na RENASES vigente, visando a sua atualização permanente; b) demandar ao Plenário a avaliação para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias e procedimentos da RENASES analisados pela subcomissão, que constam ou não da RENASES vigente; c) consolidar periodicamente a RENASES, a partir das deliberações da CONITEC, e submetê-la à pactuação tripartite. Fonte: caput do art. 17 do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 1.

2. O assessoramento fornecido pela CONITEC consiste na produção de relatório que levará em consideração, no mínimo, os seguintes elementos: I – as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo relatado, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso, de preferência comparadas à melhor tecnologia disponível no SUS e complementadas por revisão da literatura na perspectiva do SUS; II – a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível; III – o impacto da incorporação da tecnologia no SUS; IV – a relevância da incor-

pulação tecnológica para as políticas de saúde prioritárias do SUS; V – as condicionantes necessárias, tais como o preço máximo de incorporação, critérios técnico-assistenciais para alocação, estrutura e logística necessários para implantação da tecnologia e acompanhamento da tecnologia incorporada, quando pertinente; VI – as contribuições recebidas nas consultas públicas e, quando realizadas, nas audiências públicas; e VII – a inovação e contribuição para o desenvolvimento tecnológico do Brasil. No exercício de suas competências, a CONITEC deverá observar as seguintes diretrizes: I – a universalidade e a integralidade das ações de saúde no âmbito do SUS; II – a proteção do cidadão nas ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e assistência, por meio de processo qualificado de incorporação de tecnologias no SUS; III – a incorporação de tecnologias por critérios racionais e parâmetros de eficácia, efetividade, eficiência e segurança adequados às necessidades de saúde; e IV – a incorporação de tecnologias que sejam relevantes para o sistema de saúde, baseadas na relação custo-efetividade. Compete à CONITEC: I – emitir relatório sobre: a) a incorporação, exclusão ou alteração no SUS de tecnologias em saúde; e b) a constituição ou alteração de PCDT; e II – propor a atualização da RENAME. Fonte: parágrafo único do art. 2º do Anexo XVI da PRC/GM/MS nº 1.

3. No âmbito das informações obrigatórias para apresentação de proposta de incorporação de tecnologia para a saúde, deverá ser observado para cada tipo de tecnologia em saúde a ser proposta para fins de incorporação pelo SUS, o proponente deverá entregar a seguinte documentação: I – formulário para apresentação de proposta de incorporação de tecnologia em saúde preenchido, impresso e assinado, contendo os seguintes itens: a) informações sobre o proponente; b) declaração de entrega de todas as informações e documentos obrigatórios para a composição do processo de proposta de incorporação, exclusão ou alteração de tecnologia em saúde; c) resumo executivo: descrição sucinta da proposta de incorporação, exclusão ou alteração de tecnologia em saúde, contendo, no mínimo, as seguintes informações: 1. motivo da solicitação de incorporação, exclusão ou alteração de tecnologia em saúde; 2. nome comercial da tecnologia em saúde no Brasil e, no caso de medicamento, também o do princípio ativo; 3. nome do fabricante; 4. natureza da tecnologia: terapia, diagnóstico, prevenção ou, no caso de outra, com a respectiva classificação; 5. proteções patentárias da tecnologia em saúde no Brasil e as respectivas validades; 6. descrição da(s) apresenta-

ção(ões) solicitada(s), conforme registro na ANVISA; 7. número e validade do registro na ANVISA; 8. indicações e/ou usos aprovados pela ANVISA; 9. indicação proposta para o SUS (deve ser citada apenas uma indicação por solicitação); 10. fase ou estágio da doença ou da condição de saúde em que a tecnologia em saúde será utilizada (deve ser citada apenas uma fase/estágio por solicitação); 11. caracterização da tecnologia em saúde em relação (à)s atualmente utilizada(s) no SUS (alternativa, complementar, substitutiva); 12. valor agregado com o uso da tecnologia em saúde, se houver; 13. necessidade de adequação de infraestrutura para o uso da tecnologia; 14. comparador principal ou padrão-ouro; 15. estudo(s) no(s) qual(is) a evidência clínica apresentada é baseada; 16. principais desfechos clínicos dos estudos apresentados na proposta; 17. tipo de avaliação econômica realizada (na perspectiva do SUS); 18. razão incremental de custo-efetividade; 19. preço CMED (preço fábrica – ICMS 18%), no caso de medicamento; 20. preço proposto para a incorporação ou alteração da tecnologia em saúde, em moeda corrente (R\$); 21. estimativa anual do número de pacientes que poderão utilizar a tecnologia em saúde nos primeiros 5 (cinco) anos; e 22. estimativa de impacto orçamentário da tecnologia em saúde no SUS, na abordagem epidemiológica, para os primeiros 5 (cinco) anos de utilização; II – documento principal composto das seguintes partes: a) sumário: lista organizada, com indicação dos números das páginas em que estão localizados os assuntos, seções, etc; b) descrição da doença e/ou condição de saúde: epidemiologia, história natural da doença, incidência e/ou prevalência, etc; c) descrição da tecnologia em saúde, com o seguinte conteúdo mínimo: 1. informações sobre a tecnologia em saúde: nome comercial do produto no Brasil e no país de origem, descrição sintética da tecnologia em saúde, identificação do fabricante, indicação (doença ou condição de saúde), proposta da tecnologia em saúde em conformidade com o registro do produto na ANVISA e forma de apresentação e concentração (em caso de medicamentos); 2. identificação de proposta: apontar se trata da incorporação de medicamento ou produto para saúde (diagnóstico ou tratamento) ou procedimento ou nova indicação ou nova apresentação de medicamento já disponível no SUS; 3. informações sobre a regularidade sanitária: número de registro na ANVISA (13 dígitos), validade do registro na ANVISA e data da publicação do registro na ANVISA; e 4. informações de mercado: proteção patentária no Brasil, validade da patente, preço aprovado pela CMED, no caso de medicamento, e preço proposto de venda ao governo; d) descrição das evidências científicas relati-

Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

vas à eficácia, efetividade, acurácia e segurança da tecnologia em saúde proposta, comparadas, quando couber, a tecnologias em saúde já incorporadas, por meio de apresentação de Revisão Sistemática ou Parecer Técnico-Científico (PTC) desenvolvido de acordo com a edição atualizada da Diretriz Metodológica de Elaboração de PTC do Ministério da Saúde; e) apresentação de estudo de avaliação econômica (custo-efetividade, custo-minimização, custo-utilidade ou custo-benefício) na perspectiva do SUS, de acordo com a edição atualizada da Diretriz Metodológica de Estudos de Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde; f) apresentação de estimativa de impacto orçamentário, na abordagem epidemiológica, da tecnologia proposta e correspondente comparação com a tecnologia em saúde já disponível no SUS; g) referências bibliográficas; h) anexo: cópia da bula ou instrução de uso aprovada na ANVISA; III – textos completos dos estudos científicos referenciados (apenas em meio digital). Fonte: *caput do art. 47 do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 1.*

4. Órgão colegiado de caráter permanente, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde e que tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de tecnologias em saúde, na constituição ou na alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e na atualização da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). A CONITEC tem a seguinte estrutura de funcionamento: I – Plenário: Fórum responsável pela discussão e deliberação das matérias submetidas à CONITEC; e II – Secretaria-Executiva: responsável pela gestão e pelo suporte administrativo da CONITEC. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 1.*

Ver também: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

1. Possui caráter técnico-consultivo, que atuará alinhada com o período proposto para se alcançar os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, com os seguintes objetivos: I – avaliar, sistematicamente, a implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal no Brasil; II – propor estratégias de ação, diretrizes, instrumentos legais e princípios éticos que concretizem a implementação do Pacto

Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; III – acompanhar as ações dos gestores em esfera federal, estadual e municipal no processo de implementação dos compromissos assumidos e na articulação e integração das diferentes instituições e instâncias envolvidas na implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; e IV – divulgar as ações desenvolvidas com o objetivo de efetivar o Pacto em questão. Fonte: *caput do art. 339 da PRC GM/MS nº 5.*

Comissão Nacional de Mortalidade Materna

1. Possui caráter técnico-consultivo, e tem os seguintes objetivos: I – realizar diagnóstico permanente da situação da Mortalidade Materna no Brasil, enfocando todos os seus múltiplos aspectos: sociais, econômicos, políticos, jurídicos e outros que facultem ações específicas para a sua solução; II – propor diretrizes, instrumentos legais e princípios éticos que concretizem estratégias de redução da mortalidade materna; III – acompanhar as ações do Ministério da Saúde no processo de articulação e integração das diferentes instituições e instâncias envolvidas na questão; IV – oferecer subsídios para aperfeiçoamento da Política Nacional de Redução da Mortalidade Materna, estabelecendo correlações com os comitês estaduais, regionais e municipais; V – mobilizar os diversos setores da sociedade afetos à questão, com finalidade de melhorar a saúde da mulher. Fonte: *caput do art. 336 da PRC GM/MS nº 5.*

Comissão Permanente de Baixa e Descarte de Medicamentos, Insumos de Saúde e Materiais Irrecuperáveis (CPBD)

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, a CPBD tem competência para definir os produtos irrecuperáveis que trata o art. 18, § 1º e validar os processos de descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis, após levantamento realizado pelas unidades demandantes, ouvido o Departamento de Logística em Saúde da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (DLOG/SE/MS). Fonte: *caput do art. 19 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES)

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e vinculada à Comissão Intergestores Bipartite, tem como atribuições: I – assessorar a CIB

nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde, na elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde; II – estimular a cooperação e a conjugação de esforços e a compatibilização das iniciativas estaduais no campo da educação na saúde, visando à integração das propostas; e III – contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, constantes do Plano Estadual de Saúde. Fonte: *caput do art. 11 do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.*

2. Funcionam como instâncias interinstitucionais e regionais para a co-gestão dessa política, orientadas pelo plano de ação regional para a área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde. Apoia os gestores do Colegiado de Gestão Regional na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, contribuindo para o desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Nessa perspectiva, essas comissões assumirão o papel de indutor de mudanças, promoverão o trabalho articulado entre as várias esferas de gestão e as instituições formadoras, a fim de superar a tradição de se organizar um menu de capacitações/treinamentos pontuais. Fonte: *Anexo LXXXV da PRC GM/MS nº 6.*

3. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, são suas atribuições: I – apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência; II – articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além dos critérios e diretrizes referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; III – incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação; IV – contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas;

e V – apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão. Fonte: *caput do art. 7º do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.*

4. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH – SUS. Fonte: *parágrafo 2º do art. 3º do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.*

Comissão Permanente de Telessaúde

1. Possui as seguintes atribuições: I – assessoramento de projetos em Telessaúde em andamento no Ministério da Saúde; II – elaboração de proposta para estabelecer padrões de intercâmbio de informações, avaliação de qualidade de projetos de Telemedicina e Telessaúde; III – estudo e avaliação de propostas para reembolso de serviços desenvolvidos por instituições universitárias e hospitalares, na área de saúde, por meio do uso de recursos de Telemedicina e Telessaúde; IV – acompanhamento de sistemática para atualização profissional continuada por Telessaúde; V – formação de base de informação estratégica sobre implementação de Telemedicina e Telessaúde; VI – desenvolvimento de trabalhos cooperados com diversos órgãos governamentais e privados para facilitar a estruturação de Telemedicina e Telessaúde no País; VII – constituição de Conselho Assessor de Telemedicina e Telessaúde; e VIII – identificação e formação de grupo de Centros Colaboradores. Fonte: *caput do art. 462 da PRC GM/MS nº 5.*

Comissão Técnica de Avaliação

1. No âmbito das Diretrizes e os Critérios para a Definição da Lista de Produtos Estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), compete: I – emitir relatório quanto à proposta de projeto de PDP; II – sugerir prazos, critérios e condicionantes específicos para execução do projeto de PDP; III – avaliar o grau de integração produtiva em território nacional proposto para a produção nacional do produto; IV – avaliar a economicidade e vantajosidade da proposta de projeto de PDP; V – verificar se os prazos do desenvolvimento e absorção tecnológica, incluindo-se as

etapas regulatórias, são compatíveis com o cronograma proposto; VI – avaliar a possibilidade e a viabilidade de execução de mais de uma PDP relativas ao mesmo produto, visando-se estimular a concorrência e diminuir a vulnerabilidade do SUS, indicando, quando for o caso, a factibilidade de mais de um projeto por produto, seja por questões sanitárias, de escala técnica, econômica ou pelos investimentos requeridos; e VII – outras competências que lhe foram atribuídas. Fonte: *caput do art. 16 do Anexo XCV da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Assessor do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais

1. No âmbito do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, possui as atribuições de assessorar o Programa na atualização dos assuntos técnicos e científicos envolvidos na apreciação das recomendações, auxiliar na elaboração das normas técnicas, do Plano Operacional, dos Protocolos de diagnóstico, tratamento e acompanhamento das hepatites virais e ainda na avaliação epidemiológica destas hepatites. Fonte: *caput do art. 289 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

1. Vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), tal Comitê tem as seguintes atribuições: I – apreciar as propostas de condução da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena; II – contribuir com o Departamento de Saúde Indígena/FUNASA nas normatizações técnicas e operacionais da saúde indígena; III – propor medidas técnicas e operacionais ao Departamento de Saúde Indígena/FUNASA de matérias relevantes a Organização e Gestão dos Serviços de Saúde Indígena; e IV – participar de fóruns nacionais de discussão da Política de Saúde Indígena. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo 4 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

Comitê Consultivo do DCEBAS

1. Compete-lhe: I – assistir ao DCEBAS/SAS/MS na condução de suas competências institucionais, sem participar dos procedimentos e decisões referentes aos processos administrativos sob sua responsabilidade; e II – colaborar com o DCEBAS/SAS/MS no encaminhamento de questões identificadas no desenvolvimento de suas atividades, sem efeito vinculativo. Fonte: *caput do art. 212 da PRC GM/MS nº 1.*

Comitê Consultivo Permanente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CCP/CNES)

1. Instância colegiada e consultiva que terá as seguintes funções: I – apoiar o Ministério da Saúde na proposição de regras em versões intermediárias do aplicativo computacional do CNES, ou seja, versões disponibilizadas para atender às demandas das políticas nacionais já aprovadas, que implementam pequenas melhorias ou regras de qualificação do cadastro, sem impactar em mudanças de modelo; II – propor estudos e analisar as informações do CNES; III – propor melhorias e modificações nos métodos, fluxos e regras de cadastro; e IV – versar sobre o modelo de informação de cadastramento de estabelecimentos de saúde e necessidades de mudança ou incorporação de novas informações. Fonte: *caput do art. 384 da PRC GM/MS nº 1.*

Comitê de Avaliação

1. No âmbito do PROADI-SUS, é aquele ao qual cabe elaborar relatórios prévios que subsidiem as decisões a serem tomadas pelo Comitê Gestor do PROADI-SUS. Fonte: *caput do art. 8º do Anexo XCIII da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio

1. Tem as seguintes responsabilidades: I – certificar os estabelecimentos de saúde da rede do SUS em obediência aos critérios de concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio; II – estabelecer instrumentos, indicadores, metas e avaliação, bem como o período de renovação da certificação; III – estabelecer critérios de não renovação da certificação; IV – divulgar nas instâncias de Controle Social do SUS (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde), Comissões Bipartite e Tripartite, bem como os relatórios de certificação e avaliação; V – articular com as instâncias de Controle Social do SUS (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais), Comissões Bipartite e Tripartite e o acompanhamento do processo de certificação e avaliação. [Conceito originário de dispositivo revogado]. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo 5 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância

1. Tem por competências: I – subsidiar a formulação de conteúdos programáticos, normas técnico-gerenciais, métodos e instrumentos para o aprimoramento das políticas de saúde voltadas para o desenvolvimento integral da primeira infância; II – apresentar proposições de aprimoramento das ações e estratégias para o desenvolvimento integral da primeira infância; III – ampliar a discussão sobre o desenvolvimento integral da primeira infância, com participação da sociedade civil, com o objetivo de favorecer o acesso, a equidade e a integralidade das ações e serviços prestados no âmbito do SUS; IV – desenvolver estratégias de articulação intersetorial das políticas públicas sociais básicas, que permitam a qualificação dos serviços de atenção integral à primeira infância; V – contribuir na sensibilização e na mobilização social com o objetivo de facilitar e promover a implementação das diretrizes das políticas públicas de saúde voltadas para o desenvolvimento integral da primeira infância; VI – realizar o balanço semestral do andamento da implementação e dos resultados das políticas públicas de saúde voltadas para o desenvolvimento da primeira infância; e VII – funcionar como um espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas públicas de saúde em construção e execução para o desenvolvimento integral da primeira infância. Fonte: *caput do art. 438 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê de Especialistas em Saúde Prisional

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), compete ao Comitê: I – contribuir na formulação da política nacional de desenvolvimento científico e tecnológico, abrangendo o desenvolvimento de vacinas, microbicidas, medicamentos, insulmos de prevenção, diagnóstico e monitoramento; II – assessorar a Área de Saúde Prisional no acompanhamento, formulação, implementação e avaliação da sua agenda nacional de pesquisa, bem como nas estratégias de projetos específicos para o desenvolvimento tecnológico, de saúde mental, social, de educação para a saúde e de direitos humanos; III – estimular a adequada incorporação dos resultados das pesquisas ao processo de tomada de decisão pelos diferentes níveis de governo, promovendo a melhoria da oferta e da qualidade dos serviços de saúde prisional, da reinserção social e dos direitos humanos; IV – analisar e acompanhar projetos de pesquisa em áreas prioritárias

e contribuir para a expansão da pesquisa nacional, a proteção aos direitos de propriedade intelectual e o respeito aos princípios éticos nos projetos submetidos à sua apreciação; e V – contribuir para o fortalecimento da ética na pesquisa em estabelecimentos prisionais, conforme estabelecido em instrumentos normativos do Conselho Nacional de Saúde. Fonte: *caput do art. 11 do Anexo XVIII da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), possui caráter consultivo, e tem a finalidade de assessorar as ações de saúde prisional. Fonte: *caput do art. 9º do Anexo XVIII da PRC GM/MS nº 2.*

Comitê de Especialistas para o Fortalecimento das Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama

1. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, tem como atribuição contribuir com base em evidências científicas aplicadas à saúde pública para respaldar e aperfeiçoar as diretrizes de ação formuladas. Fonte: *caput do art. 29 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

Comitê de Eventos de Massa (CEM)

1. No âmbito das Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa, tem a competência de: I – estabelecer diretrizes complementares àquelas definidas nas Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa, ações estratégicas e metas para a preparação das ações de saúde; II – acompanhar a implementação das ações de preparação da saúde; e III – subsidiar o Ministério da Saúde com informações para sua participação nas instâncias do governo federal relativas a eventos de massa. Fonte: *caput do art. 36 do Anexo CII da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Evento de Massa (EM).

Comitê de Farmácia e Terapêutica no âmbito da Secretaria Especial de Saúde Indígena

1. Comitê que tem por competência precípua selecionar os medicamentos que compõem o Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena. Fonte: *caput do art. 28 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

Comitê de Gestão de Indicadores (CGI)

1. No âmbito da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), é constituído por entidades vinculadas a cada subconjunto temático de trabalho, com a responsabilidade de aperfeiçoar continuamente as bases de dados, mediante análises e adequações periódicas. Fonte: *inciso II do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 3.*

Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP)

1. No âmbito do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instância colegiada, de caráter consultivo, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam. Fonte: *caput do art. 162 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê de Informação e Informática em Saúde do Ministério da Saúde (CIINFO/MS)

1. Compete-lhe: I – instituir Subcomitês para o tratamento de temas específicos; II – apreciar e aprovar, anualmente, o Plano Diretor de Tecnologia da Informação do Ministério da Saúde e dos diversos órgãos diretamente a ele vinculados (PDTI-MS), sem prejuízo das competências institucionais e legais dos demais órgãos e entidades que integram a Administração Pública federal; III – promover a organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), conforme estabelecido pelo art. 47 da Lei nº 8.080, de 1990; IV – rever e traçar novas diretrizes gerais e promover o fortalecimento da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) no âmbito Ministério da Saúde; V – emitir orientações, normas e padrões técnicos de interoperabilidade de informações em conformidade com a política de informação e informática em saúde de âmbito do Ministério da Saúde e demais órgãos diretamente a ele vinculados; VI – emitir parecer final sobre os relatórios elaborados pelos Subcomitês e Grupos Estratégicos de Trabalho do CIINFO/MS; VII – promover a racionalização do desenvolvimento e do uso dos recursos de Tecnologia da Informação; VIII – propor diretrizes básicas para a política de recursos humanos na área de Tecnologia da Informação e Informática no âmbito do Ministério da Saúde e órgãos vinculados, em conjunto com as respectivas áreas de recursos humanos; IX – definir os padrões essenciais de informação em saúde para suportar o registro eletrônico de saúde, interoperável e compartilhado no

território nacional, sem prejuízo das competências institucionais e legais dos demais órgãos e entidades que integram a Administração Pública federal; e X – definir, com a participação consultiva dos demais gestores do SUS e entidades representativas do setor de saúde, um conjunto de prioridades de padrões de Conteúdo e Estrutura, Representação de Conceitos em Saúde, Comunicação, Segurança e Privacidade. Fonte: *caput do art. 251 da PRC GM/MS nº 1.*

2. O CIINFO/MS terá funções normativas, diretrivas e fiscalizadoras das atividades relativas aos sistemas de informação e informática em saúde no âmbito do Ministério da Saúde e do SUS, em conformidade com o disposto no inciso I do art. 9º e no art. 47 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Fonte: *caput do art. 246 da PRC GM/MS nº 1.*

Comitê Deliberativo para Análise e Avaliação de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo

1. No âmbito das Diretrizes e os Critérios para a Definição da Lista de Produtos Estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), compete: I – analisar e validar os relatórios das Comissões Técnicas de Avaliação; II – aprovar ou reprovar as propostas de projeto de PDP, mediante parecer conclusivo; III – definir os prazos, critérios e condicionantes específicos para execução das propostas de projetos de PDP, dos projetos de PDP e das PDP; IV – analisar e validar o grau de integração produtiva em território nacional do produto objeto de PDP para aplicação das regras previstas no Anexo XCV, da Portaria de Consolidação nº 5, de 2017; V – analisar e validar os prazos do desenvolvimento e absorção tecnológica, incluindo-se as etapas regulatórias, compatíveis com o cronograma proposto; VI – estabelecer as condições de economicidade e vantajosidade da PDP; VII – indicar, motivadamente, a necessidade de submissão das propostas de projeto de PDP à nova avaliação por Comissão Técnica de Avaliação “ad hoc”, cujos membros serão designados mediante ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, com definição de seu objeto e prazo de duração; e VIII – outras competências que lhe forem atribuídas. Fonte: *caput do art. 18 do Anexo XCV da PRC GM/MS nº 5.*
2. Tem por competência: I – analisar e validar os relatórios das Comissões Técnicas de Avaliação; II – aprovar ou reprovar as propostas de projeto de PDP, mediante parecer conclusivo; III – definir os prazos, critérios e condicionantes específicos para execução das propos-

tas de projetos de PDP, dos projetos de PDP e das PDP; IV – analisar e validar o grau de integração produtiva em território nacional do produto objeto de PDP para aplicação das regras previstas no Anexo XCV; V – analisar e validar os prazos do desenvolvimento e absorção tecnológica, incluindo-se as etapas regulatórias, compatíveis com o cronograma proposto; VI – estabelecer as condições de economicidade e vantajosidade da PDP; VII – indicar, motivadamente, a necessidade de submissão das propostas de projeto de PDP à nova avaliação por Comissão Técnica de Avaliação “ad hoc”, cujos membros serão designados mediante ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, com definição de seu objeto e prazo de duração; VIII – avaliar as propostas de alterações das tecnologias do projeto de PDP ou dos parceiros envolvidos no projeto de PDP; IX – avaliar as propostas de alteração do cronograma da PDP apresentadas pela instituição pública, quando iniciado o processo de aquisição, nos casos da proposta de alteração impactar na ampliação do período de aquisição do produto objeto da PDP conforme previsto no cronograma vigente; e X – outras competências que lhe forem atribuídas. Fonte: *caput do art. 816 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial

1. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tem as seguintes atribuições: I – ampliar o envolvimento da Sociedade Civil na discussão relacionada às ações voltadas às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; II – contribuir na sensibilização e na mobilização social, com o objetivo de facilitar e promover a implementação da Rede de Atenção Psicossocial; III – promover a difusão de informações que possam subsidiar o debate sobre ações inclusivas, considerando os princípios dos Direitos Humanos, da Reforma Psiquiátrica e a participação democrática; IV – contribuir para o fortalecimento do controle social destas ações; e V – realizar o balanço semestral do andamento da implementação e dos resultados da Rede de Atenção Psicossocial. Fonte: *caput do art. 18 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Comitê de Mobilização Social para o Fortalecimento das Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama

1. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, tem como atribuições: I – ampliar a discussão relacionada à prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e da mama, difundindo informações e envolvendo a sociedade civil; II – contribuir para a mobilização social, com o objetivo de facilitar e promover o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama; e III – contribuir para o fortalecimento do controle social destas ações. Fonte: *caput do art. 28 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

Comitê Diretor Interinstitucional

1. As atividades administrativas do Comitê serão coordenadas por uma Secretaria-Executiva, com as seguintes atribuições: I – convocar as reuniões; II – manter controle dos assuntos discutidos nas reuniões que demandem providências por parte dos seus membros; III – elaborar as atas das reuniões; e IV – cuidar de outros assuntos relativos a seu funcionamento. Fonte: *caput do art. 17 do Anexo II da PRC GM/MS nº 4.*

2. No âmbito do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) compete ao Comitê Diretor Interinstitucional: I – estabelecer as políticas e diretrizes do Sistema; II – definir os critérios de financiamento do Sistema; III – aprovar o Plano Anual de Investimentos relativo aos recursos federais aplicados no Sistema; e IV – estabelecer, anualmente, as atividades, metas e recursos financeiros da Programação Pactuada Integrada (PPI). Fonte: *caput do art. 18 do Anexo II da PRC GM/MS nº 4.*

Comitê Encarregado da Elaboração e Condução do Componente do Setor Saúde do Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos (CIPAN) (CIPAN)

1. Tem as seguintes competências: I – coordenar as ações para a elaboração do componente do setor saúde do Plano de Ação Nacional (PAN), no âmbito do Ministério da Saúde, em conformidade com o Plano de Ação Global sobre Resistência Antimicrobiana (WHA 68.7) aprovado na 68ª Assembleia Mundial de Saúde; II – propor ações de vigilância, proteção, monitoramento, controle e prevenção da resistência microbiana, bem como acompanhar políticas, sugerir e elaborar proposi-

Comitê Estratégico para o Aperfeiçoamento da Qualidade da Formação de Profissionais de Saúde e de Estudos de Necessidade de Profissionais de Saúde e de Especialistas

tas ao Ministro da Saúde, em assuntos relacionados a essa temática; e III – coordenar e avaliar as ações para a implementação e execução do PAN, no âmbito do Ministério da Saúde. Fonte: *caput do art. 345 da PRC GM/MS nº 5.*

2. Instância colegiada de caráter deliberativo e permanente, vinculado tecnicamente à Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (SVS/MS), que contará com respaldo da Secretaria-Executiva na articulação e mobilização dos demais órgãos do Ministério da Saúde para o pleno desenvolvimento de suas funções. Fonte: *caput do art. 344 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Estratégico para o Aperfeiçoamento da Qualidade da Formação de Profissionais de Saúde e de Estudos de Necessidade de Profissionais de Saúde e de Especialistas

1. Deverá subsidiar o planejamento de iniciativas com o objetivo de aperfeiçoar a qualidade da formação dos profissionais de saúde e de especialistas de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS); e ao qual compete: I – elaborar projetos de apoio ao aperfeiçoamento da qualidade da formação dos profissionais de saúde e identificação da necessidade de oferta de formação de profissionais de saúde e de especialistas; II – sugerir estudos de avaliação do impacto das medidas adotadas; e III – apresentar propostas de ações dirigidas ao provimento e fixação de profissionais de saúde em localidades e populações desassistidas de atenção à saúde. Fonte: *caput do art. 753 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Estratégico para o Programa de Desenvolvimento de Equipes de Captação de Órgãos e Transplantes

1. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, compete: I – elaborar propostas de execução e projetos de apoio ao Programa de Desenvolvimento de Equipes de Captação de Órgãos e Transplantes; II – avaliar e aprovar propostas oriundas de projetos, filantrópicos ou não, referentes à capacitação de profissionais de Captação de Órgãos e Transplantes; III – sugerir estudos de avaliação do impacto da implantação de equipes de captação e realização de transplantes de órgãos e tecidos na rede local e regional de saúde; IV – apresentar proposta de ação dirigida às regiões de menores taxas de captação de órgãos e de realização de transplantes e de maiores taxas de mortalidade; e V – pronunciar-se sobre o estado da arte de novas tecnologias em transplantes de

órgãos e tecidos e proposta de estudos dirigidos para a realidade do Brasil. Fonte: *caput do art. 17 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Comitê Executivo

1. No âmbito da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), é aquele que tem por competência: I – elaborar o Regimento Interno da REBRATS; II – estabelecer eixos prioritários relacionados à ATS, que apoiem a implementação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde; III – planejar as ações e atividades da REBRATS; IV – estimular a integração das instituições-membro; V – definir os critérios de inclusão ou exclusão de membros; VI – elaborar o plano de trabalho anual da REBRATS; VII – apoiar a produção, a disseminação e o uso de ATS no âmbito do SUS e da saúde suplementar; e VIII – propor a criação de novos Grupos de Trabalho, além dos já definidos neste Anexo, sempre que necessário ao cumprimento das finalidades da REBRATS. Fonte: *caput do art. 10 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 3.*

Comitê Executivo do Plano Setorial da Saúde de Mitigação e de Adaptação às Mudanças Climáticas

1. No âmbito do Plano Diretor de Vigilância Sanitária, de caráter permanente e cunho técnico-consultivo, para realização das atividades de apoio à execução das atribuições da Comissão Gestora do Plano Setorial da Saúde de Mitigação e de Adaptação às Mudanças Climáticas. Fonte: *caput do art. 135 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Executivo do Prêmio Sérgio Arouca

1. O Comitê Executivo do Prêmio Sérgio Arouca tem como atribuições: I – promover a divulgação do prêmio; II – coordenar o processo de inscrição; III – definir a Comissão de Avaliação; IV – reunir membros da Comissão de Avaliação para o estabelecimento dos critérios de avaliação para cada categorias do prêmio; V – organizar e realizar a distribuição dos trabalhos para os avaliadores membros da Comissão de Avaliação; VI – acompanhar o processo de avaliação; VII – coordenar a consolidação das avaliações, identificado os quinze finalistas de cada categorias e enviado à Comissão de Avaliação eventuais empates; VIII – identificar os cinco trabalhos que serão premiados dentre quinze selecionados pela melhor pontuação, para cada categoria; IX – divulgar os resultados; X – programar e

realizar o evento de premiação; e XI – decidir sobre os recursos. Fonte: *caput do art. 545 da PRC GM/MS nº 1.*

Comitê Gestor da Atenção Hospitalar

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), comitê de composição tripartite que monitorará e avaliará a PNHOSP periodicamente, além de estudar e aprofundar as discussões para o aprimoramento de seus eixos estruturantes. O Comitê Gestor [da Atenção Hospitalar] deverá aprofundar as discussões para reformulação da modelo de financiamento da atenção hospitalar. Fonte: *caput do art. 39 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Comitê Gestor da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS)

1. No âmbito da Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), por designação do Comitê Gestor da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), será instituído Grupo de Resposta, ao qual compete: I – planejar, coordenar, executar, monitorar respostas às situações que ensejaram a sua instituição, de acordo com as orientações do CG/FN-SUS; II – cooperar tecnicamente com os entes federados nas ações de resposta às ESPIN; III – prover medidas de assistência e proteção à saúde; IV – apoiar a rede assistencial pública e privada de serviços de saúde; V – elaborar normas técnicas, operacionais, diretrizes e protocolos no âmbito da sua atuação; VI – fomentar ações de educação permanente para qualificação dos profissionais integrantes do GR; VII – elaborar relatórios técnicos das ações realizadas para o CG/FN-SUS; VIII – monitorar o sistema de logística; IX – padronizar os materiais permanentes e de consumo; e X – planejar estratégia de distribuição, controle e armazenamento dos medicamentos, materiais, insumos e descartáveis. Fonte: *caput do art. 32 da PRC GM/MS nº 1.*

2. No âmbito da Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), compete-lhe: I – solicitar ao Ministro de Estado da Saúde a convocação da FN-SUS, nos termos do art. 27, II – realizar diagnóstico situacional com identificação do tipo de calamidade, avaliação de risco e magnitude do evento, para fins do disposto no art. 30, I, ou por solicitação das autoridades previstas neste Capítulo, para subsidiar as manifestações em relação à declaração de ESPIN ou acionamento da FN-SUS; III – estabelecer

o nível de resposta da FN-SUS em articulação com gestores das instâncias municipal, distrital e estadual de saúde; IV – definir os recursos essenciais para execução das ações de saúde da FN-SUS; V – estabelecer as diretrizes de seleção, educação permanente e qualificação para a FN-SUS; VI – estabelecer critérios e procedimento de seleção e manter cadastro de profissionais integrantes da FN-SUS, para convocação e mobilização sempre que se fizer necessário; VII – manter cadastro de pesquisadores e especialistas em saúde, instituições e serviços que comporão as respostas coordenadas às emergências em saúde pública; VIII – articular-se com as demais instâncias do SUS na provisão de força de trabalho, de logística e de recursos materiais para assegurar a execução das ações de saúde da FN-SUS; IX – sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a solicitação de apoio de outros órgãos e entidades federais na operacionalização da resposta às emergências em saúde pública e desastres; X – sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a solicitação de apoio das Forças Armadas, nos termos do art. 18 do Decreto nº 7.616, de 2011; XI – sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a celebração de contratos, convênios e instrumentos de cooperação para assegurar a força de trabalho, a logística e os recursos materiais; XII – sugerir ao Ministro de Estado da Saúde que solicite ao Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, no caso de servidores ou empregados públicos que não integrem o Quadro de Pessoal do Ministério da Saúde, a designação para compor o cadastro de profissionais integrantes da FN-SUS; XIII – solicitar aos entes federados a indicação de servidores ou empregados públicos a eles vinculados para compor o cadastro de profissionais integrantes da FN-SUS; e XIV – designar os integrantes e o coordenador do GR/FNSUS que atuarão no caso de convocação da FN-SUS. Fonte: *caput do art. 30 da PRC GM/MS nº 1.*

Comitê Gestor da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas

1. Aquele com as seguintes incumbências: I – elaborar e pactuar com as instâncias implicadas uma norma que regulamente as ações de atenção em Saúde Mental às populações indígenas, onde estejam implicadas estruturas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); II – coordenar as ações no âmbito do Ministério da Saúde, ouvidas as instâncias representativas de comunidades indígenas, para o enfrentamento das situações emergenciais da atenção à saúde mental indígena, como o alcoolis-

mo, o suicídio e outros problemas prevalentes; e III – elaborar um sistema de monitoramento e avaliação das ações de atenção em saúde mental às populações indígenas, em sua implantação e implementação. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo 3 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

Comitê Gestor da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia (REMATO)

1. No âmbito Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, cabe-lhe: I – aprovar o Regimento Interno da REMATO; II – disponibilizar seu corpo técnico-profissional para a operacionalização da rede; III – propor programas interinstitucionais de trabalho para a melhoria da qualidade da produção nacional, pública e privada, para os segmentos produtivos do Complexo Industrial da Saúde; IV – apoiar às ações do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no que se refere à análise de conformidade de produtos para a saúde, obedecido o disposto no arcabouço regulatório sanitário brasileiro e as responsabilidades e atribuições legais da ANVISA; V – difundir e intercambiar conhecimentos e informações do conjunto de atribuições e competências dos partícipes, bem como criar mecanismos para tais fins; VI – informar, obrigatoriedade, sobre ações em planejamento ou que estejam em andamento que possam interferir na atuação da outra parte; VII – promover atividades de treinamento para a promoção de interesses comuns relacionadas a REMATO; VIII – participar das comissões e grupos de trabalho que tenham interface com as políticas de promoção e desenvolvimento das atividades econômicas e industriais, no âmbito do Ministério da Saúde; e IX – desenvolver atividades para suporte à execução das políticas de saúde, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial, em especial a Política Industrial na Área de Próteses, Novos Materiais, Fármacos, Equipamentos Hospitalares, Acreditação de Laboratórios e Outras Atividades, sempre considerando as competências de cada um dos partícipes. Fonte: parágrafo 3º do art. 4º do Anexo XXXIV da PRC GM/MS nº 2.

Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS)

1. Compete-lhe: I – consolidar a implementação da PNPS; II – coordenar a implementação da PNPS no Sistema Único de Saúde (SUS) em articulação com os demais setores governamentais e não governamentais; III –

consolidar as agendas de promoção da saúde em consonância com as políticas, as prioridades e os recursos das instituições participantes e com o Plano Nacional de Saúde; IV – promover a integração das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS, no contexto dos instrumentos institucionais de planejamento e gestão; V – incentivar e apoiar a inclusão de temas sobre a Promoção da Saúde na elaboração de projetos e planos locais de acordo com os valores e princípios, os objetivos, as diretrizes, os temas transversais e os eixos operacionais da PNPS, no âmbito dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, respeitando os instrumentos instituídos de planejamento e gestão do SUS; VI – monitorar e avaliar as estratégias de implantação e implementação da PNPS e seu impacto na melhoria da qualidade de vida de sujeitos e coletividades; VII – viabilizar parcerias com organismos internacionais com o objetivo de promover articulação e intercâmbio entre países para fortalecimento da PNPS; e VIII – desenvolver outras ações que visem ao fortalecimento da PNPS. Fonte: *caput do art. 18 do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Comitê Gestor da Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos

1. No âmbito da Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM), compete: I – elaborar e propor alterações do regimento interno da REBRACIM; II – estabelecer eixos prioritários relacionados à promoção do uso racional de medicamentos, que apoiem a implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica; III – planejar as ações e atividades da REBRACIM; IV – elaborar o plano de trabalho anual da REBRACIM; V – apoiar a produção e a disseminação de material técnico e educativo sobre o uso racional de medicamentos no âmbito do SUS; e VI – propor a criação de Grupos Executivos, além dos já definidos neste Anexo, e de Grupos de Trabalho sempre que necessários ao cumprimento das finalidades da REBRACIM. Fonte: *caput do art. 9º do Anexo XI da PRC GM/MS nº 3.*

Comitê Gestor da Rede de Atenção às Urgências

1. No âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, representa o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de repre-

sentação institucional que permitirão que os atores envolvidos na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis. Fonte: parágrafo 2º do art. 176 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

Comitê Gestor da Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde

1. Compete: I – deferir ou não as solicitações de adesão à REGESUS; II – subsidiar o Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde nas decisões referentes às demandas formuladas pelos integrantes da REGESUS; e III – contribuir com proposições para a divulgação e a consolidação da REGESUS. Fonte: *caput do art. 5º do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 3.*

Comitê Gestor da Rede Nacional de Pesquisa Clínica

1. No âmbito da Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em Hospitais de Ensino, tem como objetivo programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPC e suas sub-redes, com regulamento próprio. Compete-lhe: I – estabelecer diretrizes e políticas relativas à realização de pesquisa clínica; II – propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da rede; III – definir critérios para admissão e exclusão de Unidades na Rede; IV – estimular a integração das atividades de pesquisa clínica entre os hospitais de ensino da rede; e V – delinear o planejamento orçamentário da rede. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XVII da PRC GM/MS nº 3.*

Comitê Gestor da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer

1. No âmbito da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC), objetiva programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da rede, com regulamento próprio. Compete-lhe: I – estabelecer diretrizes que subsiditem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPCC; II – propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPCC; III – definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPCC; IV – estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPCC; e V – delinear o planejamento orçamentário da RNPCC;

– delinear o planejamento orçamentário da RNPCC. Fonte: *art. 3º do Anexo XVIII da PRC GM/MS nº 3.*

Comitê Gestor da Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares

1. No âmbito da Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC), tem como objetivo programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPDC, com regulamento próprio. Compete-lhe: I – estabelecer diretrizes que subsiditem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPDC; II – propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPDC; III – definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPDC; IV – estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPDC; e V – delinear o planejamento orçamentário da RNPDC. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XIX da PRC GM/MS nº 3.*

Comitê Gestor da Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC)

1. No âmbito da Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC), objetiva programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPAVC e suas sub-redes, com regulamento próprio. Compete-lhe: I – estabelecer diretrizes que subsiditem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPAVC; II – propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPAVC; III – definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPAVC; IV – estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPAVC; e V – delinear o planejamento orçamentário da RNPAVC. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 3.*

Comitê Gestor da Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDM)

1. No âmbito da Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDN), objetiva programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPDN e suas sub-redes, com regulamento próprio. Compete-lhe: I – estabelecer diretrizes que subsiditem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPDN;

II – propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPDN; III – definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPDN; IV – estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPDN; e V – delinear o planejamento orçamentário da RNPDN. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 3.*

Ver também: Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDN).

Comitê Gestor da Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde

1. No âmbito da Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde (RNPPS), tem como objetivo programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPPS e suas sub-redes, com regulamento próprio. Compete-lhe: I – estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPPS; II – propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPPS; III – definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPPS; IV – estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPPS; e V – delinear o planejamento orçamentário da RNPPS. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 3.*

Comitê Gestor da Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC)

1. No âmbito da Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC), objetiva programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNTC, com regulamento próprio. Compete-lhe: I – estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNTC; II – propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNTC; III – definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNTC; IV – estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNTC; e V – delinear o planejamento orçamentário da RNTC. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 3.*

Comitê Gestor das Vacinas Pentavalente e Heptavalente

1. Compete-lhe: I – analisar e validar a adoção das rotas tecnológicas e das parcerias propostas para o desen-

volvimento das vacinas pentavalente e heptavalente; II – pactuar compromissos mútuos e o plano de ação, contendo metas, responsabilidades, cronograma de atividades e prazos para o desenvolvimento, a produção e a implementação das vacinas pentavalente e heptavalente no País; e III – realizar a gestão e acompanhamento da execução do plano de ação pactuado. Fonte: *caput do art. 826 da PRC GM/MS nº 5.*

2. Tem a missão de promover, coordenar e acompanhar a execução das atividades de desenvolvimento tecnológico e de produção das vacinas pentavalente e heptavalente junto aos laboratórios públicos produtores de imunobiológicos e seus parceiros, para atender prioritariamente ao Programa Nacional de Imunizações (PNI). Fonte: *caput do art. 824 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Gestor de Implementação, Monitoramento e Avaliação de Projetos de Informação em Saúde [do Ministério da Saúde]

1. Compete-lhe: I – receber, qualificar e classificar os Projetos de que trata o art. 641 da Portaria de Consolidação nº 6; II – definir os montantes de recursos financeiros a serem destinados a cada Projeto, considerando-se os processos de análise e em conformidade com o disposto nos arts. 641, 642, 643 e 644 da Portaria de Consolidação nº 6; III – definir os Projetos contemplados e submetê-los à aprovação do Secretário Executivo; e IV – monitorar e avaliar a execução e o cumprimento dos Projetos contemplados. Fonte: *caput do art. 291 da PRC GM/MS nº 1.*

Ver também: Padrões de Interoperabilidade e de Informação em Saúde [entre os sistemas de informação do SUS].

Comitê Gestor do Inquérito Nacional de Saúde

1. No âmbito da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), responsável por planejar e coordenar a criação do Inquérito Nacional de Saúde (INS). Compete-lhe: I – estabelecer as diretrizes gerais, planejar, organizar, fazer os levantamentos referentes às informações sobre inquéritos populacionais de saúde já realizados pelo Ministério da Saúde e aprovar o programa de trabalho a ser desenvolvido para a realização do INS; II – solicitar às diversas áreas do Ministério da Saúde que apresentem as suas necessidades de informação para que se possa compor os objetos, a serem pesquisados no Inquérito Nacional de Saúde; III – selecionar os objetos de pesquisa no INS; IV – contatar o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para realizar em conjunto com o Ministério da Saúde

a execução da pesquisa do INS; V – estabelecer interlocução junto aos Institutos de Ensino e Pesquisa e Universidades para levantar as experiências acumuladas em Inquéritos por eles gerenciados; VI – articular com a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) o planejamento e realização do INS; VII – definir plano de trabalho e cronograma para a realização do INS; e VIII – propor e viabilizar formas de disseminação e uso das informações geradas a partir da sistematização elaborada pelo Comitê Gestor. Fonte: *caput do art. 7º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 3.*

Comitê Gestor do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)

1. Compete: I – deliberar sobre as propostas apresentadas de projetos de apoio; II – deliberar sobre a aprovação dos projetos de apoio; III – deliberar sobre as propostas de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares ao SUS não remunerado; IV – deliberar, com base em parecer de recomendação da área técnica, sobre a interrupção dos projetos de apoio; V – formular proposições para o aprimoramento do PROADI-SUS; e VI – deliberar acerca dos casos omissos. Fonte: *caput do art. 4º do Anexo XCIII da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Gestor do Pronon e do Pronas/PCD

1. Compete: I – reavaliar, de ofício ou a requerimento, a definição das áreas prioritárias para execução das ações e serviços de atenção à pessoa com câncer e de atenção à pessoa com deficiência e, ser for o caso, propor alteração ao Ministro de Estado da Saúde; II – deliberar, de ofício ou a requerimento, sobre a priorização de projetos submetidos às áreas técnicas, considerando os recursos da renúncia fiscal disponíveis para o exercício; III – definir parâmetros para aprovação, acompanhamento e prestação de contas dos projetos; IV – definir a sistemática de monitoramento e avaliação do Pronon e do Pronas/PCD e formular proposições para os seus aprimoramentos; V – deliberar quanto ao descredenciamento de instituição com projeto em execução; e VI – deliberar sobre os casos omissos. Fonte: *caput do art. 14 do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Gestor Estadual [Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes]

1. Compete-lhe: I – promover a articulação entre as instâncias de gestão estadual, municipal e de instituições

de ensino, tendo em vista a gestão do programa no âmbito estadual; II – integrar a rede colaborativa entre os Pontos e Núcleos Estaduais de Telessaúde Técnico-Científicos, em âmbito regional e nacional; e III – elaborar e implementar projetos contemplando as necessidades loco-regionais. Fonte: *parágrafo 1º do art. 455 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Nacional de Aleitamento Materno (CNAME)

1. Tem como objetivo assessorar a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde (DAPES/SAS/MS), em assuntos relativos à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Fonte: *caput do art. 152 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência

1. Possui caráter técnico-consultivo, com a finalidade de subsidiar o Ministério da Saúde na implementação do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência e tem como competência: I – estabelecer os padrões de qualidade dos serviços de reabilitação; II – definir os critérios de organização e de funcionamento dos serviços da rede de reabilitação, do modelo de cuidado e de gestão, por meio de transferência de tecnologia; III – propor e apoiar tecnicamente o Processo de Qualificação dos serviços de reabilitação; IV – estabelecer parâmetros para a Certificação de Qualidade dos novos serviços de reabilitação visual, auditiva, física e intelectual, bem como aos serviços já existentes, que aderirem ao Processo de Qualificação; e V – propor e apoiar processos de formação e qualificação dos profissionais da rede de reabilitação, em parceria com serviços de referência definidos por critérios técnicos. Fonte: *caput do art. 394 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo

1. No âmbito do Regulamento da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, compete-lhe: I – promover a articulação e o alinhamento entre os campos da reabilitação e da atenção psicossocial para qualificação da atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do

Autismo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); II – promover a difusão de informações que possam subsidiar o debate sobre ações inclusivas, considerando os princípios dos Direitos Humanos, da Reforma Psiquiátrica e da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada nos termos do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009; e III – realizar o balanço semestral do desenvolvimento das ações para a qualificação da atenção à saúde das pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do SUS. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XXIX da PRC GM/MS nº 2*.

Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde [do Ministério da Saúde]

1. Compete-lhe: I – elaborar documento de política de avaliação de desempenho do Sistema de Saúde, contendo diretrizes teórico-metodológicas, a estratégia de sua implementação nas diversas esferas de gestão do sistema, dentre outras fundamentações necessárias para seu melhor desenvolvimento; II – coordenar processo de implementação da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde em âmbito nacional, e apoiar tais processos nos estados, nos municípios e no Distrito Federal; III – aprovar Plano Operativo para o desenvolvimento das atividades de avaliação de desempenho do Sistema de Saúde; IV – promover a capacitação técnica das secretarias estaduais, municipais e distrital de saúde, por meio de avaliação de desempenho do Sistema de Saúde, de forma articulada com outras iniciativas de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde; V – propor realização de estudos complementares necessários à avaliação de desempenho do Sistema de Saúde; VI – promover a produção de conhecimento sobre metodologias e a disseminação dos resultados da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde; e VII – apoiar gestores na identificação de medidas que facilitem a utilização dos resultados da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde na tomada de decisão sobre as políticas e programas. Fonte: *caput do art. 71 da PRC GM/MS nº 1*.
2. De natureza consultiva, tem por objetivos: I – fortalecer a capacidade de formulação, implementação e avaliação da proposta de Avaliação de Desempenho do SUS, visando à qualificação do setor saúde em todas as esferas; II – mobilizar os órgãos e as entidades internas e externas ao Ministério da Saúde, visando ao aprimoramento da proposta; e III – apoiar tecnicamente os órgãos do Ministério da Saúde e entidades vinculadas na formulação e implementação da Avaliação

de Desempenho do SUS, contribuindo para o dimensionamento dos indicadores e necessidades de informações ajustadas às esferas federal, distrital, estadual e municipal. Fonte: *caput do art. 70 da PRC GM/MS nº 1*.

Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS)

1. Possui os seguintes objetivos: I – participar da formulação, bem como acompanhar a implementação e a avaliação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS; II – colaborar com a elaboração de estratégias de mobilização, a fim de garantir a construção democrática e descentralizada da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS; III – acompanhar os acordos negociados entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais referentes às práticas de Educação Popular em Saúde; IV – apoiar os movimentos, as entidades e instituições com vistas ao desenvolvimento da Educação Popular em Saúde; V – contribuir para o fortalecimento da luta pelo direito à saúde e em defesa do SUS, por meio da participação popular, identificando, divulgando e promovendo novos canais de participação popular e controle social, assim como colaborando com os já instituídos conselhos e conferências; VI – participar e colaborar com as iniciativas do Ministério da Saúde que visem à incorporação da Educação Popular em Saúde como prática democrática na construção de políticas públicas de saúde; VII – apoiar e colaborar com a implementação do Programa Nacional de Inclusão Digital (PID) e com os processos de Educação Permanente para o Controle Social no SUS; VIII – contribuir, por meio dos princípios da Educação Popular em Saúde, com a construção das bases pedagógicas para a transformação das práticas de educação em saúde desenvolvidas no SUS, fortalecendo a autonomia da população e a relação fraterna e solidária entre gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde; e IX – contribuir com as ações de extensão universitária, pesquisa e ensino das instituições e dos centros de ensino (universidades, faculdades, escolas técnicas, entre outras), que tenham a Educação Popular em Saúde como princípio ético na formação dos profissionais e educadores articulados com a realidade da população, em função da importância das práticas populares de saúde e da participação popular para a efetivação do SUS. Fonte: *caput do art. 13 do Anexo V da PRC GM/MS nº 2*.

Comitê Nacional de Mobilização contra a Dengue

1. No âmbito do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), tem a finalidade de coordenar a implementação, em nível nacional, das ações de educação em saúde e mobilização social voltadas ao combate à doença, em especial as relativas ao Dia Nacional de Mobilização Contra a Dengue. Fonte: *caput do art. 262 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), compete-lhe: I – estimular a investigação dos óbitos infantis e fetais pelas equipes de saúde, segundo critérios definidos, preferencialmente com a participação integrada dos profissionais da vigilância epidemiológica e da área de assistência em saúde (Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e setores da área de assistência das Secretarias de Saúde); II – estimular a realização de análises dos óbitos investigados segundo a possibilidade de sua prevenção, com especial atenção à identificação de problemas relacionados: a) à assistência de saúde prestada à gestante e à criança; b) à organização dos serviços e do sistema de saúde; e c) as condições sociais, da família e da comunidade. III – contribuir para a melhoria da informação em saúde, com a correção das estatísticas oficiais e qualificação das informações sobre nascimentos, óbitos infantis e fetais; IV – contribuir para a melhoria dos registros de saúde, por meio da sensibilização dos profissionais para o correto preenchimento de prontuários, fichas de atendimento, Cartão da gestante e Cartão da Criança; V – acompanhar, assessorar e estimular a constituição de comitês estaduais, regionais, municipais e hospitalares; VI – avaliar, periodicamente, os principais problemas observados no estudo dos óbitos e das medidas realizadas de intervenção para redução da mortalidade infantil e fetal; VII – divulgar, sistematicamente, os resultados e experiências bem sucedidas, com elaboração de material específico (relatórios/boletim periódicos); VIII – elaborar propostas para a construção de políticas nacionais dirigidas à redução da mortalidade infantil e fetal; IX – promover a mobilização do poder público, instituições e sociedade civil com vistas à prevenção da mortalidade infantil e fetal; e X – promover seminários, oficinas e encontros nacionais para sensibilização, troca de experiências e avaliação dos

trabalhos no âmbito nacional. Fonte: *caput do art. 40 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*

Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde

1. Tem por objetivos: I – formular as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, contendo programas e ações que tenham como objetivo aperfeiçoar, garantir e (ou) recuperar as condições e ambientes de trabalho no SUS; II – harmonizar a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS com as políticas de gestão do trabalho, gestão da educação e saúde do trabalhador implementadas pelo Ministério da Saúde; III – propor estratégias de vigilância e monitoramento dos riscos e da morbidade ligados aos ambientes de trabalho; IV – indicar estratégias de comunicação e participação dos trabalhadores do SUS para garantir o acompanhamento e a adoção das ações e programas constantes da Política; V – articular instituições de pesquisa e universidades para a execução de estudos e pesquisas em saúde do trabalhador, integrando uma rede de colaboradores para o desenvolvimento técnico-científico na área; VI – propor linhas de financiamento para ações e produção de conhecimento na área; VII – elaborar instrumentos informativos e desenvolver processos de formação sobre saúde do trabalhador e políticas de saúde para entidades e lideranças sindicais, profissionais, gestores e conselheiros de saúde; e VIII – manter articulação com a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).
Fonte: *caput do art. 407 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecariização do Trabalho

1. Vinculado à Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), tem por objetivo objetivo: I – fixar as diretrizes para o recadastramento nacional dos trabalhadores com vínculo de trabalho precário, e estabelecer, para este, o cronograma de sua realização; II – definir um modelo de cadastro mínimo para ser aplicado em todo o País, o qual poderá ser adaptado para atender as necessidades e interesses locais; III – monitorar as formas de substituição do trabalho precário nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal); IV – dimensionar e estimular a realização de concurso público nas três esferas de governo, em cumprimento de princípio constitucional e de recomendações de resoluções das últimas Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos; V – reali-

zar o levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS; VI – indicar as formas legais de contratação, quando for o caso, e apresentar as iniciativas requeridas para sua implementação, tendo em conta a política de preservação do emprego e da renda dos ocupados no setor; VII – avaliar os impactos financeiros das medidas propostas e suas repercussões em face da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (D.O.U. de 05/05/2000), que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências; VIII – monitorar as decisões judiciais e os acordos extrajudiciais sobre finanças públicas e gestão fiscal que versem sobre o disposto no inciso VII deste artigo, buscando formular alternativas para superar possíveis entraves legais e fiscais com gestores do SUS; IX – induzir, por meio de cooperação com os demais entes federados, a adoção de uma nova concepção de relações estáveis de trabalho no SUS – que erradique os vínculos precários e valorize o trabalhador –, em benefício de melhorias na qualidade do acesso e do atendimento dispensado aos usuários do SUS; X – propor mecanismos de financiamento pelo Governo Federal que estimulem as formas legais de relações de trabalho no SUS, com especial ênfase para a organização das equipes de saúde da família; XI – divulgar iniciativas adotadas na gestão do trabalho no SUS, de enfoque multiprofissional, que dignifiquem o trabalho humano e a consequente melhoria dos serviços de saúde no País; XII – apoiar e estimular a criação de Comitês Estaduais e Municipais de Desprecarização do Trabalho no SUS; e XIII – elaborar políticas e formular diretrizes para a desprecarização do trabalho no SUS. Fonte: *caput do art. 778 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos

1. No âmbito da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), possui caráter consultivo e tem por finalidade orientar e propor ações, estratégias e atividades para a promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde. Fonte: *caput do art. 6º do Anexo XXVIII da PRC GM/MS nº 2.*
2. I – identificar e propor estratégias e mecanismos de articulação, monitoramento e avaliação direcionados à promoção do uso racional de medicamentos, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); II – propor diretrizes e estratégias nacionais para a promoção do uso racional de medicamentos, em consonância com as políticas naci-

onais de medicamentos, de assistência farmacêutica e legislação afim; III – identificar e propor estratégias que requeiram a articulação entre órgãos e entidades, públicas e privadas, cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos; IV – contribuir, por meio da promoção do uso racional de medicamentos, para a ampliação e a qualificação do acesso a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes; V – propor o aprimoramento de marcos regulatórios e de vigilância de medicamentos e serviços farmacêuticos no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS); VI – propor diretrizes e colaborar com a consolidação das ações de farmacovigilância no âmbito da Assistência Farmacêutica e do SNVS; VII – propor o Plano de Capacitação de Profissionais de Saúde para o Uso Racional de Medicamentos; VIII – promover a integração e a articulação entre órgãos e entidades, públicas e privadas, em território nacional cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos; IX – propor iniciativas de pesquisas e desenvolvimentos científico, tecnológico e profissional relacionados ao uso racional de medicamentos; X – propor o estabelecimento e a articulação de redes colaborativas existentes no país e no exterior relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos, bem como a sua integração e cooperação; XI – propor a criação e a implementação de comitês estaduais, distrital, regionais e municipais para a promoção do uso racional de medicamentos, observadas as regras de pactuação e decisão no âmbito do SUS; XII – instituir grupos de trabalho para execução de atividades específicas relacionadas ao cumprimento das finalidades do Comitê; XIII – elaborar anualmente o edital do Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos "Lenita Wannmacher"; XIV – organizar, a cada 2 (dois) anos, o Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos; XV – elaborar anualmente o Planejamento de Ações do Comitê Nacional; XVI – atualizar seu endereço eletrônico na internet, integrante do Portal da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível pelo endereço <http://portal.saude.gov.br>; e XVII – elaborar documentos técnicos e informativos para divulgação ao público externo. Fonte: *caput do art. 7º do Anexo XXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

Comitês Distritais de Farmácia e Terapêutica

1. Aqueles que terão entre suas competências a elaboração e a revisão dos Elencos de Medicamentos Padronizados de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), respeitadas as especificidades e

Comitê Técnico Assessor para Acompanhamento da Política de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama

necessidades locais. Fonte: *parágrafo 1º do art. 28 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

Comitê Técnico Assessor para Acompanhamento da Política de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama

1. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, tem como atribuição assessorar o Ministério da Saúde na elaboração de políticas, incorporação de novas tecnologias e definição de protocolos. Fonte: *caput do art. 33 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

Comitê Técnico Assessor para Uso Racional de Antimicrobiano e Resistência Microbiana (Curarem)

1. Possui caráter consultivo sobre aspectos técnicos e científicos necessários à definição de diretrizes nacionais para a vigilância, prevenção e controle da disseminação da resistência microbiana, comunitária e hospitalar, bem como no acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Fonte: *caput do art. 353 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Técnico-Consultivo [Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis]

1. Instituído para assessorar, monitorar e avaliar a implantação/implementação da estratégia. Fonte: *caput do art. 445 da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis.

Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)

1. Possui a finalidade de coordenar a implementação, em nível nacional, das ações previstas no Programa Nacional de Controle da Dengue. Fonte: *caput do art. 258 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais

1. No âmbito do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, possui a finalidade de acompanhar e assessorar a implementação das ações

previstas no Programa. Fonte: *caput do art. 288 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua

1. No âmbito do regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, possui as seguintes atribuições: I – propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do SUS; II – apresentar subsídios técnicos e políticos voltados à atenção à saúde da população em situação de rua no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde; III – elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do SUS; IV – participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em situação de rua; e V – colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde no que se refere à saúde da população em situação de rua. Fonte: *caput do art. 17 do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 2.*

Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN)

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, tem por finalidade assessorar tecnicamente o Ministério da Saúde dentro das seguintes atribuições: I – acompanhar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para negras e negros; II – apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde, Plano Plurianual, Plano Operativo, dentre outros; III – colaborar para a pactuação de propostas de intervenção com foco na promoção da equidade racial em saúde nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS); IV – participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra; e V – participar do acompanhamento e avaliação das ações programáticas e das políticas emanadas do Ministério da Saúde no que se refere à promoção da igualdade racial, segundo as estratégias propostas pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo 2 do Anexo XIX da PRC GM/MS nº 2.*

Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT)

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), compete-lhe: I – acompanhar e monitorar a implantação e a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para esses grupos populacionais; II – apresentar subsídios técnicos e políticos para apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no que tange à promoção, prevenção e atenção à saúde destes grupos populacionais; III – contribuir para a pactuação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos diversos órgãos e entidades integrantes do SUS; IV – contribuir para a produção de conhecimento sobre a saúde LGBT e o fortalecimento da participação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nas instâncias de controle social no SUS; e V – participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).
Fonte: *caput do art. 10 do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.*

Comitê Técnico LGBT ver Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

Comitê Técnico para Contenção de Poliovírus em Laboratórios Brasileiros

1. No âmbito do Plano Nacional de Contenção do Poliovírus, possui a finalidade de assessorar a Secretaria de Vigilância em Saúde na implementação do Plano Nacional de Contenção do Poliovírus e ao qual compete: I – assessorar a Secretaria de Vigilância em Saúde na implementação do Plano Nacional de Contenção de Poliovírus Selvagem nos Laboratórios; II – verificar e avaliar a informação recebida das instituições e laboratórios; III – realizar o inventário de laboratório contendo poliovírus ou material potencialmente infectante; IV – identificar mecanismos e realizar atividades para captação de informações de instituições e laboratórios que não responderem ao inquérito no prazo estipulado pelo Plano Nacional; V – elaborar informes periódicos do progresso das atividades de contenção do poliovírus em laboratórios à Comissão de Certificação Regional; VI – planejamento de atividades de destinação final de materiais identificados

no inventário; e VII – aprovar o relatório de progressos e relatórios finais do processo de contenção a ser apresentados para a Comissão Global de Avaliação do Processo de Erradicação da Poliomielite. Fonte: *caput do art. 247 da PRC GM/MS nº 5.*

Comitê Temático Interdisciplinar (CTI)

1. No âmbito da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), é aquele constituído, temporariamente, por proposição da OTI, para aprofundar a análise de questões metodológicas e operacionais relacionadas aos produtos da Rede. Fonte: *inciso III do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 3.*

Comitê Transfusional

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, toda instituição de assistência à saúde que realiza transfusão de sangue e componentes sanguíneos comporá ou fará parte de um Comitê Transfusional. É competência do Comitê Transfusional o monitoramento da prática hemoterápica na instituição de assistência à saúde visando o uso racional do sangue, a atividade educacional continuada em hemoterapia, a hemovigilância e a elaboração de protocolos de atendimento da rotina hemoterápica. Fonte: *caput do art. 12 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS)

1. No âmbito das Diretrizes e os Critérios para a Definição da Lista de Produtos Estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), o sistema produtivo da saúde que contempla as indústrias farmacêuticas, de base química e biotecnológica, os produtos para a saúde, tais como equipamentos e materiais, e os serviços de saúde. Fonte: *inciso IV do caput do art. 2º do Anexo XCV da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Produto Estratégico para o SUS, Lista de Produtos Estratégicos para o SUS, Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) e Componente Tecnológico Crítico.

Complexo Regulador

1. No âmbito da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos: I – Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado

da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado; II – Complexo Regulador Regional: a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado; b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado; e III – Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação. Fonte: *caput do art. 9º do Anexo XXVI da PRC GM/MS nº 2.*

Complexo Regulador Estadual

1. No âmbito da Política Nacional de Regulação, é aquele responsável pela gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado. Fonte: *inciso I do caput do art. 9º do Anexo XXVI da PRC GM/MS nº 2.*

Complexo Regulador Municipal

1. No âmbito da Política Nacional de Regulação, é aquele responsável pela gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação. Fonte: *inciso III do caput do art. 9º do Anexo XXVI da PRC GM/MS nº 2.*

Complexo Regulador Regional

1. No âmbito da Política Nacional de Regulação, é aquele responsável pela a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso

da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado; e é responsável também pela b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado. Fonte: *inciso II do caput do art. 9º do Anexo XXVI da PRC GM/MS nº 2.*

Componente Ampliação

1. No âmbito das Regras Aplicáveis aos Projetos Habilidos no Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde a partir de 2013, é definido pela quantidade e tipos de ambiente da UBS, obedecidos os regramentos estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Fonte: *caput do art. 738 da PRC GM/MS nº 6.*

Componente Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais

1. Tem como objetivo permitir o repasse de incentivos financeiros, como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) para desempenho de suas atividades. Fonte: *caput do art. 692 da PRC GM/MS nº 6.*

Componente da Vigilância Sanitária

1. Refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, constituído de Piso Fixo de Vigilância Sanitária e Piso Variável de Vigilância Sanitária. Fonte: *caput do art. 443 da PRC GM/MS nº 6 e caput do art. 457 da PRC GM/MS nº 6.*

Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica

1. No âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, tem como objetivos ampliar a resolutividade da Atenção Básica e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde. Fonte: *parágrafo único do art. 464 da PRC GM/MS nº 5.*

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

1. Destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos: (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 26) I – controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 26, I) II – anti-retrovirais do programa DST/aids; (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 26, II) III – sangue e hemoderivados; e (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 26, III) IV – imunobiológicos. (Origem: PRT MS/GM 204/2007, Art. 26, IV) Fonte: *caput do art. 536 da PRC GM/MS nº 6.*

Componente III - Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto [Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento]

1. Tem a finalidade de melhorar as condições do custeio desta assistência nos hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde SIH/SUS e terá dois componentes: I – alteração do valor e forma de remuneração da assistência ao parto, e II – pagamento de um adicional sobre o valor de que trata a alínea “a” para aqueles hospitais que prestarem assistência ao parto a gestantes cadastradas no Programa de Incentivo à Assistência Pré-natal e que tenham o acompanhamento pré-natal completo. Fonte: *parágrafo 3º do art. 598 da PRC GM/MS nº 5.*
2. Estabelece alterações na sistemática de pagamento da assistência ao parto, possibilitando a melhoria da Qualidade assistencial. Fonte: *parágrafo único do art. 608 da PRC GM/MS nº 5.*

Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal [Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento]

1. Tem o objetivo de estimular os estados e municípios, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, a realizarem o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes. Fonte: *parágrafo 1º do art. 598 da PRC GM/MS nº 5.*
2. Tem o objetivo de estimular os estados e municípios a incrementar a qualidade do acompanhamento pré-natal, promovendo o cadastramento de suas gestantes, organizando seus sistemas assistenciais, municipais e estaduais, garantindo a realização do acompanhamento pré-natal completo e a articulação deste com

a assistência ao parto e puerpério. Fonte: *caput do art. 600 da PRC GM/MS nº 5.*

Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal [Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento]

1. Integrado por dois componentes: I – criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, II – financiamento do incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada obstétrica e neonatal de hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde que prestem este tipo de assistência e que cumpram os requisitos e critérios de elegibilidade estabelecidos. Fonte: *parágrafo 2º do art. 598 da PRC GM/MS nº 5.*

Componentes Sanguíneos Irradiados

1. No âmbito da Preparação de Componentes Sanguíneos, componentes celulares que devem ser produzidos utilizando-se procedimentos que garantam que a irradiação tenha ocorrido e que a dose mínima tenha sido de 25 Gy (2.500 cGy) sobre o plano médio da unidade irradiada. Fonte: *caput do art. 113 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Componente Tecnológico Crítico

1. No âmbito das Diretrizes e os Critérios para a Definição da Lista de Produtos Estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), insumo, produto ou processo da cadeia produtiva das indústrias de produtos em saúde, de uso preventivo, terapêutico e diagnóstico, cuja produção seja importante para o domínio do núcleo tecnológico pelo País no âmbito do CEIS. Fonte: *inciso XI do caput do art. 2º do Anexo XCV da PRC GM/MS nº 5.*

Compras Governamentais em Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde

1. Compra Governamental compreende: avaliação do modelo de Tratamento Especial e Diferenciado para Países em Desenvolvimento - TED, em especial a compensação comercial, industrial ou tecnológica nas compras governamentais civis (OFFSET) em licitações internacionais; e estabelecer políticas e mecanismos para “Encomendas Tecnológicas” de produtos estratégicos. Fonte: Anexo XCIV da PRC GM/MS nº 5.

Comprovação da Vacinação com BCG

1. A comprovação se dá por meio do registro da vacinação no cartão ou caderneta de vacinação, da identificação da cicatriz vacinal ou da palpação de nódulo, no deltóide direito, na ausência de cicatriz. Fonte: Anexo LXI da PRC GM/MS nº 5.
2. A comprovação da vacinação com BCG se dá por meio do registro da vacinação no cartão ou caderneta de vacinação, da identificação da cicatriz vacinal ou da palpação de nódulo, no deltóide direito, na ausência de cicatriz. Fonte: Anexo LXII da PRC GM/MS nº 5.

Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT)

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violência, é o instrumento de notificação utilizado em nível nacional pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS - para fins de concessão de benefícios. Dada a sua ampla aplicação em todo o território nacional, constitui-se na principal fonte de informação para o estudo da morbi-mortalidade ocupacional. Além do reconhecido sub-registro, essa fonte exclui os autônomos, os empregados domésticos, os vinculados a outros sistemas previdenciários e os sem carteira assinada. Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

Comunicação do risco

1. Consiste em um processo interativo de troca de informação e opiniões entre indivíduos, grupos e instituições, relativa a acontecimentos ou situações que ameaçam a saúde humana ou a segurança dos indivíduos ou das comunidades. Deve ser oportuno e transparente na veiculação de informação veiculada no decurso do processo de comunicação do risco em saúde, no que se refere à natureza, magnitude, significância e medidas de controle do risco. Fonte: alínea

b do inciso IX do caput do art. 9º da Resolução MS 588 de 12/07/2018.

Comunicação Social e Mídia

1. No âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, comunicação social e mídia são partes dos seus eixos operacionais e podem ser entendidas como o uso das diversas expressões comunicacionais, formais e populares, para favorecer a escuta e a vocalização dos distintos grupos envolvidos, contemplando informações sobre o planejamento, execução, resultados, impactos, eficiência, eficácia, efetividade e benefícios das ações. Fonte: inciso IX do caput do art. 9º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.

Comunicante [Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Medidas de Controle]

1. No âmbito das Informações sobre a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Medidas de Controle, o parceiro sexual de casos confirmados de SIDA ou AIDS. Fonte: Anexo XXXIII da PRC GM/MS nº 5.

Comunidades Terapêuticas

1. Entendida como espécie do gênero Serviços de Atenção em Regime Residencial. Fonte: parágrafo 2º do art. 1º do Anexo XCI da PRC GM/MS nº 6.

Ver também: Serviço de Atenção em Regime Residencial.

Conasems ver Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde

Conass ver Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Concentrado de Plaquetas ver Pool de Concentrados de Plaquetas Obtidos de Sangue Total

Concessão, Manutenção e Adaptação de OPM em Estabelecimento de Saúde

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, a Órtese, Prótese, Material Especial e Meio de Locomoção (OPM) constituem ferramentas do processo terapêutico da reabilitação, contribuindo fundamentalmente na superação de barreiras, devendo ser prescritas de forma individualizada por profissional capacitado. A concessão de OPM deve obrigatoriamen-

te estar atrelada à adaptação, manutenção e treino de uso da mesma. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Conclusão da Segunda Etapa do Projeto Telessaúde Brasil (Telessaúde Brasil 2. etapa)

1. A realização da média mínima de teleconsultorias/mês por projeto previstas no art. 20 da Portaria nº 2.554/GM/MS, de 28 de outubro de 2012, considerando, para isso, o período subsequente ao repasse da segunda da parcela do recurso, além do envio de informações e/ou alimentação mensal do Sistema de Monitoramento do Telessaúde. Fonte: parágrafo 1º do art. 148 da PRC GM/MS nº 6.

Condição Crônica

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, é a condição de curso mais ou menos longo ou permanente que exige resposta e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. 2. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, é aquela de curso mais ou menos longo ou permanente que exige resposta e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.

Condução Locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

1. Condução efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão) com as funções de: I – identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva; II – mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas); III – propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não

substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde; IV – articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede escola; V – formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional; VI – estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; e VII – estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País. Fonte: caput do art. 21 do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.

Conduta Típica

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, composta por “manifestações de comportamento típicos de pessoas com síndromes e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos que ocasionam atrasos no desenvolvimento e prejuízo no relacionamento social, em grau que requeira atendimento especializado” (MEC, 1994). Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

CONEP/CNS ver Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

Confecção de Órteses e Próteses Dentárias

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, é o serviço de fabricação e produção de órteses e próteses dentárias com o intuito de apoiar ações de assistência em saúde. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Conferência de Saúde

1. No âmbito da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, instância colegiada - com a qual o Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo - que reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes,

convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. Fonte: *parágrafo 1º do art. 1º da Lei FED 8142 de 28/12/1990.*

CONITEC ver Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC)

Conjunto de Ações e Medidas Coordenadas para a Eliminação da Hanseníase

1. Conjunto de ações e medidas coordenadas para a eliminação da hanseníase, a serem promovidas de forma compartilhada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, com a finalidade de fortalecer o desenvolvimento das ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e controle da hanseníase, tendo por objetivos: I – ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento nos municípios de maior endemicidade; II – garantir atenção integral aos pacientes em todos os níveis de complexidade; III – assegurar, nas unidades de saúde, tratamento completo para as formas paucibacilar e multibacilar; IV – desenvolver ações de promoção à saúde e vigilância epidemiológica, bem como de diagnóstico e acompanhamento, tratamento e reabilitação das pessoas atingidas pela doença; V – promover a organização, a regulação, o acompanhamento e a avaliação do conjunto de ações de saúde para a efetiva eliminação da hanseníase; VI – garantir informação acessível, atualizada e confiável, como ferramenta de avaliação, acompanhamento do estágio da eliminação para tomada de decisão; VII – responsabilizar os gestores e mobilizar a sociedade civil, na promoção do conhecimento sobre os sinais e sintomas da hanseníase; e VIII – ampliar a oferta de procedimentos de reabilitação física aos pacientes portadores de incapacidades/deformidades decorrentes da hanseníase. Fonte: *caput do art. 172 da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública.

Conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas

1. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os

casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. Fonte: *inciso II do caput do art. 10 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Ver também: Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

Conselho Consultivo do Projeto EVIPNet Brasil

1. No âmbito das Políticas Informadas por Evidências (EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK – EVIPNET), instituído com a finalidade de propor temas, estabelecer prioridades, elaborar plano de trabalho, estabelecer metodologias, validar sumários executivos de evidências e avaliar resultados para aperfeiçoamento e sustentabilidade da rede. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 3.*

Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde

1. Tem por atribuições: I – definir as bases da Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, de acordo com o previsto na legislação; II – definir, implementar e acompanhar o modelo de gestão para as ações de fomento científico e tecnológico no âmbito do Ministério da Saúde e dos órgãos a ele vinculados, excetuados os institutos de pesquisa; III – participar da elaboração, implementação e do acompanhamento da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (PesqSaúde), em nível nacional, assumindo o papel de liderança que cabe ao Ministério da Saúde neste processo; IV – estabelecer as prioridades de pesquisa em saúde no âmbito do Ministério da Saúde, a serem incorporadas na PesqSaúde; V – propor e apoiar medidas para a disseminação do conhecimento científico, tecnológico e inovação; VI – definir diretrizes e promover a avaliação tecnológica visando a incorporação de novos produtos e processos pelos gestores, prestadores e profissionais dos serviços no âmbito do SUS; VII – fornecer aos dirigentes do Ministério da Saúde subsídios no campo científico, tecnológico e da inovação em saúde com vistas à formulação de políticas e à construção de posicionamentos do Ministério em fóruns setoriais e intersetoriais, quando couber; VIII – coordenar a participação e as ações do Ministério da Saúde nos fóruns, governamentais ou não, no campo científico, tecnológico e de inovação em saúde; e IX – coordenar, com o CNS, a organização e a realização das Conferências Nacionais de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Fonte: *caput do art. 48 da PRC GM/MS nº 1.*

Conselho de Saúde

1. No âmbito da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, instância/órgão colegiado - com a qual o Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo - em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. Fonte: parágrafo 2º do art. 1º da Lei FED 8142 de 28/12/1990.

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)

1. Reconhecido como entidade que representa os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. (Incluído pela Lei nº 12.466/2011). Fonte: parágrafo 2º do art. 14-B da Lei FED 8080 de 19/09/1990.

Ver também: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Conselho Distrital de Saúde Indígena

1. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, é instituído no âmbito de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS) e tem a seguinte composição: I – cinquenta por cento de representantes dos usuários, eleitos pelas respectivas comunidades indígenas da área de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS); II – vinte e cinco por cento de representantes dos que compõem a força de trabalho que atua na atenção à saúde indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena e em órgãos do SUS que executam ações de apoio complementar no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), todos eleitos pelos representados; e III – vinte e cinco por cento de representantes dos governos municipais, estaduais, distrital, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, conforme o caso, nos limites de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), indicados pelos dirigentes dos órgãos que represen-

tam. Fonte: *caput do art. 13 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

2. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, tem como competência: I – aprovar e acompanhar a execução do plano distrital de saúde indígena; II – acompanhar as ações dos Conselho locais de saúde indígena; e III – exercer o controle social das atividades de atenção à saúde indígena. Fonte: *caput do art. 7º do Anexo 2 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*
3. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, compete: I – participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena e acompanhar e avaliar sua execução; II – avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena; e III – apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS). Fonte: *caput do art. 14 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

Conselho Estadual de Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, são suas atribuições: I – definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde; II – aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, que deverão fazer parte do Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal; e III – acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal. Fonte: *caput do art. 12 do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.*

Conselho Gestor

1. No âmbito da Gestão Colegiada do Pólo de Educação Permanente em Saúde, será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do pólo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do CES, que tem como responsabilidade promover reuniões periódicas do Colegiado de Gestão, nas quais serão processadas as demandas, identificadas as áreas temáticas relevantes para as mudanças nas práticas de formação e de atenção à saúde e a produção de conhecimento e feitas avaliações periódicas das atividades executadas, bem como o acompanhamento da execução financeira, abrindo a possibilidade de recriar processos de integração entre os participantes. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.*

Conselho Gestor do Programa Farmácia Popular do Brasil

1. No âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), compete: I – aprovar anualmente o Plano de Metas e o Plano de Desenvolvimento; II – aprovar anualmente o Relatório de Gestão do PFPB; III – monitorar a execução orçamentária e a movimentação financeira; IV – acompanhar as propostas de convênios com instituições públicas ou privadas que visem apoiar o desenvolvimento do PFPB; V – aprovar o Manual Básico do PFPB; VI – orientar e participar da formulação de indicadores de resultados e do impacto do PFPB; VII – sugerir a habilitação de parceiros e a celebração de convênios que se façam necessários, não previstas ou contempladas nas normas e requisitos estabelecidos; VIII – propor o elenco de medicamentos e/ou correlatos e a definição do preço de dispensação a ser disponibilizado pelo PFPB. Fonte: *caput do art. 56 do Anexo LXXVII da PRC GM/MS nº 5.*

Conselho Local de Saúde

1. Órgão colegiado de caráter permanente e consultivo, constituído no âmbito de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS) e composto por representantes eleitos pelas respectivas comunidades para o exercício das seguintes competências: I – manifestar-se sobre as ações e os serviços de atenção à saúde indígena necessários às respectivas comunidades; II – avaliar a execução das ações de atenção à saúde indígena nas comunidades; III – eleger conselheiros representantes das comunidades indígenas para integrarem os Conselhos Distritais de Saúde Indígena; e IV – encaminhar propostas aos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Fonte: *caput do art. 12 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4 e Anexo 1 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

Conselho Local de Saúde Indígena

1. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, órgão colegiado de caráter permanente e consultivo, constituído no âmbito de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS) e composto por representantes eleitos pelas respectivas comunidades para o exercício das seguintes competências: I – manifestar-se sobre as ações e os serviços de atenção à saúde indígena necessários às respectivas comunidades; II – avaliar a execução das ações de atenção à saúde indígena nas comunidades; III – eleger conselheiros representantes das comunidades indígenas para integrarem os Conselhos Distritais de Saúde Indígena; e IV – encaminhar propostas aos Conselhos Distritais de Saúde

Indígena. Fonte: *caput do art. 12 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

2. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, constituído pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Polos-Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros. Os representantes que farão parte do Conselho Local de Saúde serão escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

1. No âmbito do Recebimento pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) de Recursos do Orçamento Geral da União (OGU) por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), para Auxiliar no Custeio de suas Despesas Institucionais, compete ao Conass e Conasems: I – elaborar e apresentar Programa Anual de Atividades à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, até 30 de junho de cada ano referente ao ano subsequente; II – aplicar os recursos recebidos em conformidade com seu Programa Anual de Atividades; III – prestar contas dos recursos recebidos à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde por meio de Relatório Anual de Gestão (RAG), previamente submetido às instâncias previstas no estatuto de cada Conselho, até 1º de março do ano subsequente à execução do Programa Anual de Atividades. Fonte: *caput do art. 259 da PRC GM/MS nº 6.*
2. Reconhecido como entidade representativa dos entes municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. O Conasems receberá recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. Fonte: *caput do art. 14-B da Lei FED 8080 de 19/09/1990.*
3. No âmbito do Recebimento pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) de Recursos do Orçamento Geral da União (OGU) por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), para Auxiliar no Custeio de suas Despesas Institucionais, compete ao Conass e ao Conasems a execução das transferências financeiras, nos limites dos seus estatutos, sendo

elaborada prestação de contas por ano fiscal e demonstração do alcance de resultados. Fonte: *caput do art. 257 da PRC GM/MS nº 6.*

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

1. No âmbito do Recebimento pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) de Recursos do Orçamento Geral da União (OGU) por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), para Auxiliar no Custeio de suas Despesas Institucionais, compete ao Conass e ao Conasems a execução das transferências financeiras, nos limites dos seus estatutos, sendo elaborada Prestação de Contas por ano fiscal e demonstração do alcance de resultados. Fonte: *caput do art. 257 da PRC GM/MS nº 6.*
2. No âmbito do Recebimento pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) de Recursos do Orçamento Geral da União (OGU) por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), para Auxiliar no Custeio de suas Despesas Institucionais, compete ao Conass e Conasems: I – elaborar e apresentar Programa Anual de Atividades à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, até 30 de junho de cada ano referente ao ano subsequente; II – aplicar os recursos recebidos em conformidade com seu Programa Anual de Atividades; III – prestar contas dos recursos recebidos à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde por meio de Relatório Anual de Gestão (RAG), previamente submetido às instâncias previstas no estatuto de cada Conselho, até 1º de março do ano subsequente à execução do Programa Anual de Atividades. Fonte: *caput do art. 259 da PRC GM/MS nº 6.*
3. Reconhecido como entidade representativa dos entes estaduais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. O Conass receberá recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. Fonte: *caput do art. 14-B da Lei FED 8080 de 19/09/1990.*

Consórcio Público de Saúde

1. No âmbito de Rede de Atenção à Saúde (RAS), é aquele que se afigura como uma alternativa de apoio e fortalecimento da cooperação interfederativa para o desenvolvimento de ações conjuntas e de objetivos de interesse comum, para melhoria da eficiência da prestação dos serviços públicos e operacionalização da Rede de Atenção à Saúde. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

volvimento de ações conjuntas e de objetivos de interesse comum, para melhoria da eficiência da prestação dos serviços públicos e operacionalização da Rede de Atenção à Saúde. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Constelação Familiar

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é uma técnica de representação espacial das relações familiares que permite identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família. Desenvolvida nos anos 80 pelo psicoterapeuta alemão Bert Hellinger, que defende a existência de um inconsciente familiar – além do inconsciente individual e do inconsciente coletivo – atuando em cada membro e uma família. Hellinger denomina “ordens do amor” às leis básicas do relacionamento humano – a do pertencimento ou vínculo, a da ordem de chegada ou hierarquia, e a do equilíbrio – que atuam ao mesmo tempo, onde houver pessoas convivendo. Segundo Hellinger, as ações realizadas em consonância com essas leis favorece que a vida flua de modo equilibrado e harmônico; quando transgredidas, ocasionam perda da saúde, da vitalidade, da realização, dos bons relacionamentos, com decorrente fracasso nos objetivos de vida. A constelação familiar é uma abordagem capaz de mostrar com simplicidade, profundidade e praticidade onde está a raiz, a origem, de um distúrbio de relacionamento, psicológico, psiquiátrico, financeiro e físico, levando o indivíduo a um outro nível de consciência em relação ao problema e mostrando uma solução prática e amorosa de pertencimento, respeito e equilíbrio. A constelação familiar é indicada para todas as idades, classes sociais, e sem qualquer vínculo ou abordagem religiosa, podendo ser indicada para qualquer pessoa doente, em qualquer nível e qualquer idade, como por exemplo, bebês doentes são constelados através dos pais. Fonte: *Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.*

Construção Compartilhada de Conhecimento

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas. Fonte: *parágrafo 4º do art. 3º do Anexo V da PRC GM/MS nº 2.*

Consulta Ambulatorial em Estabelecimento de Saúde

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, é o atendimento dispensado a indivíduos cuja condição de saúde estável lhes permita comparecer ao estabelecimento e retornar ao local de origem, realizado por profissionais de saúde de nível superior, com a finalidade de fornecer parecer, instrução ou examinar determinada situação, a fim de decidir sobre um plano de ação ou prescrição terapêutica dentro da sua área de atuação. Fonte: *Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.*

Conta Captação

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), a conta bloqueada para movimentação pela instituição, na qual os doadores e patrocinadores depositam os recursos para os projetos. Fonte: *inciso IV do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Conta Movimento

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), a conta de livre movimentação pela instituição. Fonte: *inciso V do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Contato Pele-a-Pele

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), para fins de cumprimento da Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse Método permite uma maior participação dos pais e da família

nos cuidados neonatais. Fonte: *Anexo 1 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*

Ver também: Método Canguru.

Contratação [da Participação Complementar]

1. No âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde, ato ou efeito de contratar, firmando vínculo formal com a assinatura do instrumento contratual pela credenciada, com publicação do extrato no respectivo Diário Oficial, além da divulgação em meio eletrônico. A contratação complementar dos prestadores de serviços de saúde se dará nos termos da Lei nº 8.666, de 1993. Fonte: *inciso X do caput do art. 129 da PRC GM/MS nº 1.*

Contrato

1. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, o Contrato de Gestão é definido como o modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes. Esse processo deve resultar, ainda, na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos. Dentre os objetivos da contratualização destacam-se: I – Melhorar o nível de saúde da população; II – Responder com efetividade às necessidades em saúde; III – Obter um efetivo e rigoroso controle sobre o crescimento das despesas de origem pública com a saúde; IV – Alcançar maior eficiência gestora no uso de recursos escassos, maximizando o nível de bem-estar; V – Coordenar as atividades das partes envolvidas; VI – Assegurar a produção de um excedente cooperativo; VII – Distribuir os frutos da cooperação; VIII – Assegurar que os compromissos sejam cumpridos; e IX – Disponibilizar, em tempo útil, a informação de produção, financiamento, desempenho, qualidade e acesso, de forma a garantir adequados níveis de informação ao cidadão. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*
2. No âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde, Contrato Administrativo é firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços

- de saúde. Fonte: *inciso II do parágrafo 3º do art. 130 da PRC GM/MS nº 1.*
3. No âmbito das diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), Contrato de Gestão é o firmado entre gestores do SUS e a entidade privada sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social (OS), conforme Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Fonte: *inciso III do caput do art. 24 do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*
 4. No âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde, contrato é o ajuste entre órgãos ou entidades de saúde da Administração Pública e particulares, em que há um acordo de vontade para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, atinentes à prestação de serviços do SUS, no âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Fonte: *inciso IX do caput do art. 129 da PRC GM/MS nº 1.*
 5. No âmbito das diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), Contrato Administrativo é o firmado entre o gestor do SUS e entidades públicas e privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for compra de ações e serviços de saúde, conforme a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 2010. Fonte: *inciso II do caput do art. 24 do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Contrato Administrativo

1. No âmbito da contratualização de hospitais em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar, é firmado entre o gestor do SUS e entidades públicas e privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for compra de ações e serviços de saúde, conforme a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 2010. Fonte: *caput do art. 24 do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS)

1. No âmbito do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e

hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. Ele resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pontuações estabelecidas pela CIT. Fonte: *inciso II do caput do art. 2º da Decreto FED 7508 de 28/06/2011.*

Contratualização

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), é a formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio de instrumento formal de contratação. Tem como finalidade a formalização da relação entre gestores de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa, de acordo com o disposto no Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação 2 e as seguintes diretrizes: I – adequação das ações e serviços contratualizadas às necessidades locais e regionais pactuadas na CIB ou na CIR, quando houver; II – definição das ações e serviços de saúde e atividades de ensino e pesquisa que serão disponibilizadas para o gestor; III – estabelecimento de valores e formas de repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento e monitoramento de metas qualiquantitativas; IV – aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais; e V – efetivação do controle social e garantia de transparéncia. Fonte: *parágrafo único do art. 34 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, a contratualização/contratos de gestão, nesse contexto, pode ser definida como o modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes. Esse

processo deve resultar, ainda, na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos. Dentro os objetivos da contratualização destacam-se: I – Melhorar o nível de saúde da população; II – Responder com efetividade às necessidades em saúde; III – Obter um efetivo e rigoroso controle sobre o crescimento das despesas de origem pública com a saúde; IV – Alcançar maior eficiência gestora no uso de recursos escassos, maximizando o nível de bem-estar; V – Coordenar as atividades das partes envolvidas; VI – Assegurar a produção de um excedente cooperativo; VII – Distribuir os frutos da cooperação; VIII – Assegurar que os compromissos sejam cumpridos; e IX – Disponibilizar, em tempo útil, a informação de produção, financiamento, desempenho, qualidade e acesso, de forma a garantir adequados níveis de informação ao cidadão. Fonte: Anexo I da PRC GM/MS nº 3.

3. No âmbito das diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), a contratualização será formalizada por meio de instrumento celebrado entre o gestor do SUS contratante e o prestador hospitalar sob sua gestão, com a definição das regras contratuais, do estabelecimento de metas, indicadores de acompanhamento e dos recursos financeiros da atenção hospitalar. Para fins da contratualização hospitalar, recomenda-se que todos os instrumentos formais de contratualização que envolvam a prestação de ações e serviços de saúde em um mesmo estabelecimento sejam celebrados pelo gestor público de saúde do respectivo ente federado contratante, mesmo havendo a oferta e co-financiamento de ações e serviços por outro ente federado. Fonte: caput do art. 21 do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.

4. No âmbito das diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo com as diretrizes estabelecidas na PNHOSP. As responsabilidades dos hospitais, no âmbito da contratualização, se dividem nos seguintes eixos: I – assistência; II – gestão; III – ensino e pesquisa; e IV – avaliação. Fonte: parágrafo único do art. 3º do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.

Contratualização dos Pontos de Atenção

1. No âmbito da operacionalização da Rede Cegonha, é o meio pelo qual o gestor, seja ele o município, o estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais. Fonte: parágrafo 3º do art. 8º do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Controle [Leishmaniose Tegumentar Americana]

1. No âmbito das normas técnicas para diagnóstico, tratamento e controle da Leishmaniose Tegumentar Americana, o controle é orientado para os seguintes objetivos: o diagnóstico do doente, através do atendimento de demanda, fornecimento de insumos para diagnóstico complementar, investigação de focos e recebimento de notificações; orientação terapêutica padronizada, com o fornecimento da medicação e acompanhamento do doente; a investigação epidemiológica dos focos e adoção de medidas profiláticas pertinentes; a educação em saúde, através da ação participativa envolvendo os usuários dos serviços de saúde, equipes técnicas e a população em geral, de modo a fomentar a percepção do problema e a necessidade dos recursos a serem aplicados em cada realidade. Fonte: Anexo XXXII da PRC GM/MS nº 5.

Controle da Qualidade da Água para Consumo Humano

1. No âmbito de procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, o conjunto de atividades exercidas regularmente pelo responsável pelo sistema ou por solução alternativa coletiva de abastecimento de água, destinado a verificar se a água fornecida à população é potável, de forma a assegurar a manutenção desta condição. Fonte: inciso XV do caput do art. 5º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 5.

Controle de Infecção de Projeto Arquitetônico

1. No âmbito das orientações ao doador voluntário de medula óssea, trata-se da capacidade de um projeto arquitetônico evitar a propagação de agentes infecciosos, através de padrões de circulação, sistema de transporte de materiais, sistema de renovação e controle das correntes de ar, facilidades de limpeza das

superfícies, materiais e instalações. Fonte: Anexo 26 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Controle de Qualidade do Exame Citopatológico Cervico Vaginal

1. No âmbito do exame citopatológico cérvico vaginal, consiste na revisão de lâminas por laboratório diferente daquele que realizou o exame citopatológico de rotina para detectar as diferenças de interpretação dos critérios citomorfológicos e reduzir o percentual dos casos falso-negativos, falso-positivos e insatisfatórios para rastreio das lesões pré-neoplásicas e câncer de colo de útero. Fonte: Anexo 9 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.

Controle de Qualidade em Banco de Tecido Ocular

1. O Banco de Tecido Ocular deve implantar um sistema de garantia da qualidade, devidamente estabelecido por meio de normas e rotinas escritas e assinadas pelo seu responsável técnico. Fonte: Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Controle de Qualidade Externo

1. No âmbito do Controle de Qualidade de Reagentes de Sorologia, tem como finalidade a verificação da proficiência da triagem sorológica do laboratório. Fonte: *caput do art. 4º do Anexo 8 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*
2. No âmbito do Controle de Qualidade de Reagentes de Teste de Detecção de Ácido Nucleico (NAT) para HIV, HCV e HBV, tem como finalidade verificar a proficiência da triagem NAT do laboratório. Fonte: *Anexo 9 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Controle de Qualidade Interno (CQI)

1. No âmbito do Controle de Qualidade de Reagentes de Sorologia, será realizado com a finalidade de evidenciar a perda da sensibilidade dos ensaios, identificar variações lote a lote e remessa a remessa e detectar erros aleatórios ou sistemáticos. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo 8 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*
2. No âmbito do Controle de Qualidade de Reagentes de Teste de Detecção de Ácido Nucleico (NAT) para HIV, HCV e HBV, tem a finalidade de evidenciar a perda da sensibilidade dos ensaios, identificar variações lote a lote/remessa a remessa e detectar erros aleatórios ou sistemáticos. Fonte: *Anexo 9 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Controle do Processo da Triagem NAT

1. No âmbito do Controle de Qualidade de Reagentes de Teste de Detecção de Ácido Nucleico (NAT) para HIV, HCV e HBV, compreende: I – a qualificação inicial; II – a qualificação dos lotes/remessas de reagentes; III – o monitoramento diário; IV – a calibração periódica; e V – a manutenção preventiva e corretiva de equipamentos. Fonte: *Anexo 9 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Controle do Processo da Triagem Sorológica

1. No âmbito do Controle de Qualidade de Reagentes de Sorologia, compreenderá: I – a qualificação inicial; II – a qualificação dos lotes/remessa de reagentes; III – o monitoramento diário; IV – a calibração periódica de equipamentos; e V – a manutenção preventiva e corretiva. Fonte: *parágrafo único do art. 1º do Anexo 8 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Controle do Tratamento [Leishmaniose Tegumentar Americana]

1. No âmbito das normas técnicas para diagnóstico, tratamento e controle da Leishmaniose Tegumentar Americana, é feito principalmente pelo aspecto clínico das lesões, reepitelização das lesões ulceradas e regressão, nas formas mucosas a regressão de todos os sinais deve se comprovada pelo exame otorrinolaringológico. Fonte: *Anexo XXXII da PRC GM/MS nº 5.*

Controle Social

1. No âmbito de Rede de Atenção à Saúde (RAS), as estruturas locais e estaduais devem desenvolver mecanismos e instrumentos inovadores de articulação, tais como fóruns regionais, pesquisas de satisfação do usuário, entre outros, cujas informações podem ser transformadas em subsídios de monitoramento e avaliação das políticas de saúde no espaço regional. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Convênio

1. No âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde, instrumento firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde, no âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de

Cooperação Técnica e Econômica em Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde

prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Fonte: *inciso VIII do caput do art. 129 da PRC GM/MS nº 1.*

2. No âmbito das diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), Convênio é firmado entre o gestor do SUS com entidades benfeicentes sem fins lucrativos, conforme a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 5 de maio de 2010, e com Empresas e Fundações Públicas. Fonte: *inciso I do caput do art. 24 do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Cooperação Técnica e Econômica em Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde

1. Cooperação Técnica e Econômica compreende: firmar termo de cooperação técnica com instituições internacionais visando à formação de recursos humanos e transferência de tecnologia; e articular com BNDES, FINEP e outros bancos oficiais, programas para o setor de equipamentos e materiais de uso em saúde. Fonte: *Anexo XCIV da PRC GM/MS nº 5.*

Coordenação

1. No âmbito de Atenção Primária à Saúde, é um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum” (SARFIELD, 2002). É um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS, pois nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, a dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado. A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados podem contribuir para a coordenação da atenção, quando possibilitam o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da APS e especialistas. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Coordenação das Ações de Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, é a descrição de como as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, em parceria com a Secretaria Gestora do Sistema Socioeducativo, coordenam o processo de implan-

tação das diretrizes e de como pretendem gerir o Plano Operativo, com explicitação de competências e atribuições. Fonte: *Anexo 2 do Anexo XVII da PRC GM/MS nº 2.*

Coordenação do Cuidado

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), atua como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção à saúde responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em quaisquer desses pontos, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também outras estruturas públicas, comunitárias e sociais necessárias para o cuidado integral à saúde. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Coordenação Estadual do Telessaúde Brasil Redes

1. Compete: I – coordenar em âmbito estadual as ações do Telessaúde Brasil Redes; II – promover a articulação entre as instâncias de gestão do SUS e os demais integrantes do Telessaúde Brasil Redes; III – criar condições necessárias de infraestrutura e gestão, visando garantir o funcionamento do Telessaúde Brasil Redes; IV – promover a articulação do Telessaúde Brasil Redes à regulação da oferta de serviços e à Central de Regulação Médica das Urgências, em parceria com a gestão municipal e federal de saúde, de forma compartilhada e articulada com os pontos de atenção da rede. Fonte: *caput do art. 454 da PRC GM/MS nº 5.*

Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT)

1. Responsável pelo controle e avaliação das atividades inerentes ao envio de amostras de células-tronco hematopoéticas para o exterior. Fonte: *caput do art. 138 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Coordenação Nacional do Telessaúde Brasil Redes

1. Compete: I – monitorar a implementação e o funcionamento do Telessaúde Brasil Redes; II – avaliar e zelar pelo alcance dos objetivos e metas do Telessaúde Brasil Redes; III – manter a Biblioteca Virtual Telessaúde de Brasil, disponível em www.telessaudebrasil.org.br, como referência e identidade do Telessaúde Brasil Redes; IV – disponibilizar as diretrizes para a operaci-

onalização e os referenciais nacionais de avaliação do Telessaúde Brasil Redes; V – definir os padrões tecnológicos de interoperabilidade, conteúdo e segurança que permitirão a troca de informações entre os sistemas que viabilizam a operação do Telessaúde Brasil Redes e os diferentes sistemas de informação do SUS, incluídos o Cartão Nacional de Saúde e o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SC-NES); VI – definir o conjunto de dados que fará parte do Registro Eletrônico de Saúde (RES) a partir das Teleconsultorias realizadas, visando à implementação de um registro nacional e longitudinal, conforme Capítulo I do Título VII da Portaria de Consolidação nº 1; VII – aprovar o Projeto para implementação do Telessaúde Brasil Redes no respectivo Estado, conforme descrito no art. 457. Fonte: *caput do art. 453 da PRC GM/MS nº 5.*

Coordenador do Serviço

1. No âmbito da Rede de Atenção às Urgências, é o profissional oriundo da área da saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas. Fonte: *inciso X do caput do art. 40 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Corresponabilidade

1. No âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, a corresponabilidade é um de seus valores fundantes, entendida como responsabilidades partilhadas entre pessoas ou coletivo, onde duas ou mais pessoas compartilham obrigações e/ou compromissos. Fonte: *inciso VI do caput do art. 3º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Cosems ver Conselho de Secretarias Municipais de Saúde

CPBD ver Comissão Permanente de Baixa e Descarte de Medicamentos, Insumos de Saúde e Materiais Irrecuperáveis

CPN ver Centro de Parto Normal

CQI ver Controle de Qualidade Interno

Credenciamento [da Participação Complementar]

1. No âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde, procedimento de licitação por meio do qual a administração pública, após chamamento público para um determinado objeto, celebra contrato de prestação de serviços com todos aqueles considerados aptos, nos termos do art. 25, “caput” da Lei nº 8.666, de 1993, no âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Fonte: *inciso II do caput do art. 129 da PRC GM/MS nº 1.*

Credenciar

1. No âmbito das definições que objetivam possibilitar uma mesma compreensão do Termo de Compromisso de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), significa conferir credenciais, poderes ou crédito; qualificar alguém, alguma estrutura ou serviço. No âmbito do Pacto, expressa a qualificação de um serviço para atuar como tal, a partir do atendimento de um regulamento técnico. Fonte: *Anexo XIV da PRC GM/MS nº 1.*

Crenoterapia

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.*

CRF ver Central de Rede de Frio

CRF Ampliada ver Central de Rede de Frio Ampliada

CRF Estadual ver Central de Rede de Frio Estadual

CRF Estruturada ver Central de Rede de Frio Estruturada

CRF Municipal ver Central de Rede de Frio Municipal

CRF Nova ver Central de Rede de Frio Nova**CRF Regional ver Central de Rede de Frio Regional****CRIO ver Crioprecipitado****Crioprecipitado (CRIO)**

1. No âmbito da Preparação de Componentes Sanguíneos, fração de plasma insolúvel em frio, obtida a partir do plasma fresco congelado, contendo glicoproteínas de alto peso molecular, principalmente fator VIII, fator de von Willebrand, fator XIII e fibrinogênio. Fonte: *caput do art. 102 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Criopreservação em Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário

1. Criopreservação deve ocorrer o mais precocemente possível. O tempo entre a coleta e a criopreservação não deve exceder 36 horas; durante esse período a unidade de SCUP coletada deve ser mantida a temperatura de 4 °C (mais ou menos 2 °C) até o processamento. Fonte: *Anexo 8 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Critério de Exclusão [Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Medidas de Controle]

1. No âmbito das Informações sobre a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Medidas de Controle, deve-se usar como critério de exclusão: a) história recente de terapia imunossupressora anterior ao aparecimento da doença; b) presença de alguma outra enfermidade pré-existente associada com imunossupressão, como imunodeficiência congênita, processo de malignidade linfo-reticular ou subnutrição grave; c) comunicantes: deverão ser considerados como tais os parceiros性uais de casos confirmados de SIDA ou AIDS. Fonte: *Anexo XXXIII da PRC GM/MS nº 5.*

Critério de Exclusão da Doação para Utilização Terapêutica em Banco de Tecido Ocular

1. Não devem ser captados, para finalidade terapêutica, tecidos oculares de doadores nos quais sejam identificadas previamente as seguintes condições: a) morte de causa desconhecida; b) sepse em atividade; c) endocardite (bacteriana ou fúngica) em atividade; d) linfomas ativos disseminados; e) leucemias; f) evidência clínica ou laboratorial de infecção por HIV, hepatite

B ou C; g) risco de transmissão de enfermidades causadas por prions: Doença de Creutzfeldt-Jakob, doença neurológica de etiologia viral ou indeterminada, panencefalite subaguda esclerosante, encefalite viral ativa, encefalite de origem desconhecida, encefalopatia progressiva ou leucoencefalopatia multifocal progressiva; h) raiva; i) rubéola congênita; j) síndrome de Reye; k) retinoblastoma; l) tumores malignos do segmento anterior ocular. Não podem ser obtidos, para utilização terapêutica, tecidos oculares de doadores com exames sorológicos reagentes para os marcadores relacionados no item 5.2 (Exame Físico do Doador) [Anexo 4 DO ANEXO I da Portaria de Consolidação MS/GM 4 de 28/09/2017]. Não podem ser disponibilizados, para utilização terapêutica, tecidos oculares de doadores que, após retirada e avaliação pelo BTOC, apresentarem evidências clínicas de: a) retinoblastoma; b) tumores malignos do segmento anterior ocular. Contraindicações relativas: a) doadores submetidos à cirurgia ocular; b) desordens congênitas ou adquiridas (cicatriz central na córnea, ceratocone, ceratoglobo); c) inflamação ativa ocular. Fonte: *Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Critério de Urgência [do Sistema Nacional de Transplantes]

1. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, são consideradas condições de urgência [Módulo Coração]: I – priorização por assistência circulatória/retransplante: a) ventrículo artificial; b) assistência ventricular direita e/ou esquerda; c) balão intra-aórtico; d) ventilação artificial por insuficiência cardíaca; e) retransplante agudo; e f) outras situações não previstas neste artigo serão devidamente analisadas pela CTE de onde o receptor encontra-se inscrito. II – priorização por choque cardiogênico: a) o paciente deve estar obrigatoriamente hospitalizado e em uso de droga(s) vasopressora(s); b) deve ser informada a data da internação hospitalar, número do leito, princípio ativo e dose do vasopressor; e c) para priorização, a dose de dopamina ou dobutamina deverá ser maior ou igual a 5 µg/kg/min, ou outra droga vasopressora em dose equivalente. A manutenção da urgência tem validade de trinta dias. Fonte: *caput do art. 115 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*
2. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, a iminência de impossibilidade técnica total e permanente para obtenção de acesso para a realização de qualquer das modalidades de diálise. Fonte: *caput do art. 70 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

3. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, para priorização de potenciais receptores de fígado de doadores falecidos, as condições abaixo relacionadas: I – insuficiência hepática aguda grave, definida como desenvolvimento de encefalopatia até 8 semanas após o início de icterícia em pacientes sem doença hepática pré-existente, que preencham critérios de indicação de transplante de fígado do King's College ou Clichy, na forma do Anexo 15 do Anexo I, internados em Unidade de Terapia Intensiva; II – não-funcionamento primário do enxerto transplantado, notificado à CNCDO até o 7º (sétimo) dia, inclusive, após o transplante; III – pacientes anêpáticos por trauma. A priorização permanecerá por 30 dias. Para priorização para retransplante, inclusive após transplante com doador vivo, os potenciais receptores devem estar obrigatoriamente inscritos na CNCDO previamente ao primeiro transplante, e ter atendido aos critérios mínimos de inclusão em lista de espera na data do primeiro transplante. Fonte: *caput do art. 100 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Critério Epidemiológico (Evento-sentinela)

1. No âmbito da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, consiste na intervenção nas empresas, a partir de agravos à saúde dos trabalhadores que podem representar um problema coletivo, ainda não detectado, e mesmo um problema epidemiológico relevante, mas submerso. A intervenção dirige-se à maior ou às maiores empresas considerando os aspectos potenciais de frequência elou gravidade dos eventos-sentinela. Fonte: *Anexo LXXIX da PRC GM/MS nº 5.*

Critérios de Rejeição da Amostra

1. No âmbito do Monitoramento Interno de Qualidade (MIQ), é um parâmetro válido de qualidade e abrange os critérios: I – dados ilegíveis na identificação da amostra; II – falta de identificação ou identificação incorreta da amostra; III – requisições não padronizadas de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde; IV – ausência de dados referente à anamnese e ao exame clínico; V – ausência de identificação, registro no respectivo conselho de classe e assinatura do profissional responsável pela coleta; VI – ausência do nome do Serviço de Saúde responsável pela coleta; VII – divergência entre as informações da requisição e da lâmina; VIII – lâminas quebradas; IX – material sem fixação prévia; X – uso de fixador inadequado; e XI – quantidade ineficiente de fixador. Fonte: *parágrafo 2º do art. 140 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Critérios de Retorno de Trabalhadores Afastados do Trabalho por Agravos à Saúde Decorrentes da Exposição ao Benzeno

1. Critérios que têm por objetivo definir parâmetros para o retorno seguro de trabalhadores afastados por agravos à saúde decorrentes da exposição ao benzeno. Fonte: *Anexo LXIX da PRC GM/MS nº 5.*

Critérios de Seleção para Transplante de Pâncreas Isolado de Doador Falecido ou Pâncreas de Doador Falecido Combinado com Rim de Doador Vivo

1. Critério de seleção para transplante de pâncreas isolado de doador falecido ou pâncreas de doador falecido combinado com rim de doador vivo, para potenciais receptores que integrem o CTU: I – doadores com até dezoito anos incompletos: os órgãos de doadores nesta faixa etária serão preferencialmente oferecidos para a modalidade de transplante isolado de pâncreas, ou para casos de transplante de pâncreas após rim, retransplante de pâncreas e transplante simultâneo de rim-pâncreas com doador vivo de rim; II – doadores com idade entre dezoito e quarenta e cinco anos: os órgãos de doadores nesta faixa etária serão oferecidos para o transplante simultâneo de rim-pâncreas; III – doadores com idade entre quarenta e cinco anos e cinquenta anos cuja causa mortis não seja cérebro vascular: serão oferecidos para a modalidade de transplante isolado de pâncreas ou transplante de pâncreas após rim, retransplante de pâncreas e transplante simultâneo de rim-pâncreas com doador vivo de rim; e IV – os demais doadores falecidos, que não se aplicarem aos critérios acima descritos, poderão ser considerados para doação para os programas de pesquisa em uso de ilhotas pancreáticas, desde que aprovados pela CONEP, caso em que o pesquisador responsável deverá atestar o recebimento do órgão e seu destino, e aqueles considerados inválidos para extração de ilhotas deverão ser submetidos a exame anatomo-patológico para descarte, cujo laudo deverá ser enviado à CNCDO. Fonte: *caput do art. 80 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde

1. Em relação às ações e serviços no âmbito do SUS, são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, progra-

Critérios para a Aprovação em Controle de Qualidade de Reagentes de Teste de Detecção de Ácido Nucleico (NAT) para HIV, HCV e HBV

mação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde, podendo sofrer adequações no nível das Unidades da Federação e Regiões de Saúde, de acordo com as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros. Os parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde. Os estados e municípios podem promover a sua alteração, realizando os ajustes necessários para adequação à realidade epidemiológica, demográfica, patamares de oferta e ao estágio de estruturação da Rede de Atenção à Saúde existente em seus territórios. Fonte: *caput do art. 104 da PRC GM/MS nº 1.*

Critérios para a Aprovação em Controle de Qualidade de Reagentes de Teste de Detecção de Ácido Nucleico (NAT) para HIV, HCV e HBV

1. Para a aprovação devem ser avaliadas: sensibilidade e especificidade; e valores mínimos de aceitação: a) sensibilidade de 100% (não é aceitável nenhum falso negativo); e b) especificidade: acima de 99%. Fonte: *Anexo 9 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Critérios para Inclusão dos Pacientes no Auto-monitoramento da Glicemia Capilar

1. A inclusão de pacientes no Automonitoramento da Glicemia Capilar tem como critérios: o automonitoramento da glicemia capilar não deve ser considerado como uma intervenção isolada; sua necessidade e finalidade devem ser avaliadas pela equipe de saúde de acordo com o plano terapêutico global, que inclui intervenções de mudança de estilo de vida e medicamentos; deve estar integrado ao processo terapêutico e, sobretudo, ao desenvolvimento da autonomia do portador para o autocuidado por intermédio da Educação em Saúde; a indicação deve ser reavaliada e regulada a depender dos diversos estágios da evolução da doença, acordado com o paciente que deve ser capacitado a interpretar os resultados do AMGC e fazer as mudanças apropriadas nas dosagens da insulina; o AMGC deve ser oferecido de forma continuada para os pacientes selecionados de acordo com circunstâncias pessoais e quadro clínico e esses devem receber suporte continuado da equipe para garantir a eficácia do processo; a instrução inicial e a reinstrução periódica a respeito da monitorização da glicemia; o uso

de medidores (glucosímetros) e de tiras reagentes deve ser individualizado e atender às necessidades do paciente; e a amostra de sangue deve ser colhida na ponta dos dedos da mão, acessado com picada de lancetas, dãi ser também chamada de glicemia em "ponta do dedo". Fonte: *Anexo LXXXVII da PRC GM/MS nº 5.*

CRNBLH ver Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano

Cromoterapia

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é uma prática terapêutica que utiliza há milênios as cores no tratamento de doenças, sendo utilizada pelo homem desde as antigas civilizações, e atua do nível físico aos mais sutis com o objetivo de harmonizar o corpo. Antigamente, o uso terapêutico era realizado principalmente através da luz solar, pela forte crença no seu potencial de cura. A partir das abordagens dos distintos sistemas complexos das medicinas tradicionais, as cores em suas frequências podem ser utilizadas para neutralizar as condições excessivas do corpo e restabelecer a saúde, podendo serem utilizadas em regiões específicas do corpo, como os centros de força, pontos de acupunturas ou marmas, em consonância com o desequilíbrio identificado no indivíduo. Na concepção cromoterápica, o conceito de complementaridade embasa os efeitos positivos das cores sobre as disfunções de um órgão que, quando hiper estimulado, possui vibrações energéticas de vermelho (e podem ter os movimentos neutralizados e a expansão exagerada pelo tratamento cromoterápico com azul) ou, quando retraiido, com funções diminuídas, energeticamente atuando na vibração do azul, pode ser estimulado pelo vermelho. A cromoterapia, por intermédio das cores, procura estabelecer e restaurar o equilíbrio físico e energético, promovendo a harmonia entre corpo, mente e emoções, pois o desvio da energia vibratória do corpo é responsável por desencadear patologias. Pode ser trabalhada de diferentes formas: por contato, por visualização, com auxílio de instrumentos, com cabines de luz, com luz polarizada, por meditação. Entre as possibilidades terapêuticas utilizadas pelos profissionais de saúde, a cromoterapia se enquadra como um recurso, associado ou não a outras modalidades (geoterapia, reflexologia, aromaterapia, imposição de mãos etc), demonstrando resultados satisfatórios. Fonte: *Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.*

Cronograma de Desembolso em Modelo para Apresentação de Projetos Referentes ao PROADI-SUS

1. O cronograma de desembolso deve conter a previsão de desembolso de recursos financeiros, em conformidade com a proposta de execução das metas estabelecidas, de acordo com o Plano de Atividades apresentado. Fonte: Anexo 5 do Anexo XCIII da PRC GM/MS nº 5.

CRTS ver Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde

CT/BPS ver Câmara Técnica Consultiva do Banco de Preços em Saúde [do Ministério da Saúde]

CTI ver Comitê Temático Interdisciplinar

CTN ver Câmara Técnica Nacional do Sistema Nacional de Transplantes

CTSPN ver Comitê Técnico de Saúde da População Negra

CTU ver Cadastro Técnico Único

Cuidado Amigo da Mulher

1. Um dos critérios para habilitação na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), requer as seguintes práticas: a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional; b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves; c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal; d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal; f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, acelera-

ção ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade. Fonte: *inciso IV do caput do art. 25 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*

Cuidado ao Paciente

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos e considerando as Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no âmbito dos hospitais, objetiva contribuir para a promoção da atenção integral à saúde, à humanização do cuidado e à efetividade da intervenção terapêutica. Promove, também, o uso seguro e racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde e reduz custos decorrentes do uso irracional do arsenal terapêutico e do prolongamento da hospitalização. Tem por função retroalimentar os demais membros da equipe de saúde com informações que subsidiem as condutas. A atividade do farmacêutico no cuidado ao paciente pressupõe o acesso a ele e seus familiares, ao prontuário, resultados de exames e demais informações, incluindo o diálogo com a equipe que assiste o paciente. Fonte: *Anexo 2 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Cuidado à Pessoa Tabagista

1. No âmbito das diretrizes de cuidado à pessoa tabagista da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, tem por diretrizes: I – reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas; II – identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção; III – apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção; IV – articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis; V – estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado das pessoas tabagistas, de maneira a garantir sua autonomia e a corresponsabilização dos atores envolvidos, com participação da família e da comunidade; e VI – formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado,

de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as diretrizes nacionais e/ou locais sobre o cuidado da pessoa tabagista. Fonte: *caput do art. 99 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Cuidado Centrado na Pessoa

1. Uma das diretrizes da Atenção Básica para orientar a sua organização nos municípios, aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Cuidado Prolongado

1. No âmbito da organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde da Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE), destina-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatoológico. Fonte: *caput do art. 152 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

2. No âmbito da organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde da Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE), tem como finalidade: I – desenvolver um sistema diferenciado de cuidados por meio da introdução de intervenções inovadoras e adaptadas às novas necessidades sóciodemográficas e epidemiológicas da população; II – garantir o acolhimento, acessibilidade e humanização do cuidado ao usuário; III – reabilitar o usuário, de forma parcial ou total, e possibilitar a continuidade do cuidado com intervenções terapêuticas que permitem o reestabelecimento de suas funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional, bem como a recuperação de suas sequelas; IV – avaliar,

de forma global, por meio de atuação multidisciplinar integrada, as necessidades do usuário, considerando sua situação de dependência e os seus objetivos de funcionalidade e autonomia definidos periodicamente; V – incentivar e apoiar a adaptação dos usuários à incapacidade e aprendizagem do autocuidado; VI – acompanhar o usuário em situação de dependência por meio de Plano Terapêutico, especialmente, quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, devendo ser o resultado da discussão de caso em equipe, com vistas ao seu retorno ao domicílio; VII – promover a continuidade do acompanhamento do usuário após a alta hospitalar, de forma a possibilitar a revisão de diagnóstico, a reavaliação de riscos e a adequação de condutas entre os especialistas envolvidos; VIII – apoiar a manutenção da capacidade funcional do usuário, garantindo os cuidados terapêuticos e o apoio psicossocial necessários, com o intuito de promover a independência funcional e a autonomia; IX – orientar e apoiar os familiares e cuidadores, em parceria com a atenção básica, inclusive atenção domiciliar, para manutenção e corresponsabilização do cuidado em uma construção progressiva de autonomia e retorno ao convívio social; X – buscar a integralidade da assistência atuando de forma articulada às demais equipes de atenção à saúde atuantes no território; XI – diminuir a ocupação inadequada de leitos de urgência e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI); XII – reduzir as internações recorrentes ocasionadas por agravamento de quadro clínico dos usuários em regime de atenção domiciliar; e XIII – aumentar a rotatividade dos leitos de retaguarda clínica para quadros agudos e crônicos reagudizados. Fonte: *caput do art. 155 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

3. No âmbito da organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde da Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE), pode se organizar nas seguintes formas: I – Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); ou II – Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). As UCP e HCP se constituem em uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio. Fonte: *caput do art. 150 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*
4. No âmbito da organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e

Cuidador

Emergências (RUE) e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), tem como diretrizes: I – prestação individualizada e humanizada do cuidado ao usuário hospitalizado que necessite de cuidados em reabilitação intensivos, semi-intensivos ou não intensivos para o reestabelecimento das funções e atividades, bem como para a recuperação de sequelas; II – equidade no acesso e atenção prestada em tempo oportuno; III – garantia de cuidado por equipe multidisciplinar; IV – incentivo à autonomia e autocuidado do usuário; V – articulação entre as equipes multidisciplinares das UCP com as equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar, centros de referência em reabilitação, bem como com outras equipes que atuem nos demais pontos de atenção do território, permitindo a efetivação da integralidade da assistência e a continuidade do cuidado; VI – garantia da alta hospitalar responsável e em tempo oportuno, nos termos do Capítulo III do Título XI do Livro II; VII – eficiência e qualidade na prestação dos cuidados; VIII – corresponsabilização da família no cuidado; IX – intersetorialidade; e X – acessibilidade. Fonte: *caput do art. 154 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Cuidador

1. No âmbito do atendimento e internação domiciliar, pessoa, com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deve estar presente no atendimento domiciliar. Fonte: *inciso III do caput do art. 532 da PRC GM/MS nº 5.*

Cuidado Relativo à Alimentação e Nutrição

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), compreende o diagnóstico e vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável, educação alimentar e nutricional, orientação alimentar, prescrição dietética, fornecimento de alimentos para fins especiais, oferta da alimentação em nível hospitalar e suporte nutricional enteral e parenteral. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Cultura de Segurança

1. No âmbito do Programa Nacional de Segurança do Paciente, configura-se a partir de cinco características

operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança. Fonte: *inciso V do caput do art. 160 da PRC GM/MS nº 5.*

Cupom Vinculado [Programa Farmácia Popular do Brasil]

1. No âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), o documento não-fiscal emitido em papel por equipamento eletrônico adequado, nas operações realizadas pelo Programa. Fonte: *inciso IV do caput do art. 3º do Anexo LXXVII da PRC GM/MS nº 5.*

Curarem ver Comitê Técnico Assessor para Uso Racional de Antimicrobiano e Resistência Microbiana

Custeio

1. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, modalidade de repasse de recurso financeiro para capacitação e educação permanente, manutenção das equipes efetivamente implantadas, reformas, insumos, manutenção de equipamentos e das unidades móveis de urgência. Fonte: *inciso VI do caput do art. 40 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Custo Operacional

1. No âmbito da Tabela de Referência para o Ressarcimento entre Serviços de Hemoterapia SUS/Instituições Privadas de Saúde para o Cumprimento da Portaria nº 1.737/GM, de 19 de Agosto de 2004, o valor referente a insumos, materiais, exames sorológicos, imuno-hematológicos e demais exames laboratoriais, realizados para a seleção dos referidos materiais biológicos, bem como honorários por serviços médicos. Fonte: *Anexo V da PRC GM/MS nº 5.*

Letra D

DAET/SAS ver Departamento de Atenção Especializada e Temática

DAF/SCTIE/MS ver Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

DAI/SE ver Departamento de Articulação Inter-federativa, da Secretaria-Executiva

Dança Circular

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. Os indivíduos dançam juntos, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos, liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades. O principal enfoque na Dança Circular não é a técnica e sim o sentimento de união de grupo, o espírito comunitário que se instala a partir do momento em que todos, de mãos dadas, apoiam e auxiliam os companheiros. Assim, ela auxilia o indivíduo a tomar consciência de seu corpo físico, harmonizar o emocional, trabalhar a concentração e estimular a memória. As danças circulares podem criar espaços significativos para o desenvolvimento de estados emocionais positivos, tornando-se um recurso importante no contexto de grupos, uma vez que estimulam a cooperação, despertam o respeito ao outro, a integração, a inclusão e o acolhimento às diversidades. A prática tem o potencial mobilizador da expressão de afetos e de reflexões que resultam na ampliação da consciência das pessoas. No círculo trabalha-se o equilíbrio entre o indivíduo e o coletivo, o sentimento de pertinência e do prazer pela participação plena dos processos internos de transformação, promovendo o bem-estar, a harmonia entre corpo-mente-espírito, a elevação da autoestima; a consciência corporal, entre outros benefícios. Fonte: Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

DCB ver Denominação Comum Brasileira [Programa Farmácia Popular do Brasil]

Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal

1. No âmbito das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, é o documento que explicita a gestão dos estabelecimentos de saúde situados no território de um determinado município. Fonte: *caput do art. 58 da PRC GM/MS nº 1.*

Declaração de Óbito (DO)

1. No âmbito da Vigilância e Prevenção do Óbito Infantil, Fetal e Materno, a Declaração de Óbito e sua caracterização como uma informação acerca de um caso de óbito materno exige o adequado preenchimento da Declaração de Óbito (DO). Todos os campos da Declaração de Óbito são importantes, mas, dois conjuntos de informação integrantes do instrumento de Declaração de Óbito são essenciais para esta finalidade, são eles: 1) Os campos relativos a óbitos em mulheres: I) Campo 43 - o óbito ocorreu durante a gravidez, o parto ou o aborto? II) Campo 44 - o óbito ocorreu durante o puerpério? Uma resposta afirmativa a um desses campos caracteriza uma notificação de caso suspeito de óbito materno, sujeito a investigação para confirmação ou descarte. 2) Os campos do atestado de óbito com determinados diagnósticos informados: Uma declaração que tenha informado em qualquer das linhas do atestado de óbito um ou mais dos diagnósticos abaixo elencados, deverá ser considerada uma notificação de caso suspeito de óbito materno, sujeito a investigação para confirmação ou descarte: I) Diagnósticos constantes do Capítulo XV da CID 10; II) Diagnósticos fora do Capítulo XV da CID-10, III) Algumas doenças que não constam no Capítulo XV também devem ser levadas em conta, são elas: a) tétano obstétrico (cód. A34, Cap. I); b) osteomalácia puerperal (cód. M83.0, Cap. XII); c) transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (cód. F53, Cap. V); d) necrose pós-parto da hipofise (cód. E23.0, Cap. IV). Para este caso, deve ficar comprovada a relação com o estado gravídico-puerperal e o óbito deve ter ocorrido até 42 dias após o parto.; e) mola hidatiforme maligna (cód. D39.2, Cap. II). Para este caso, deve ficar comprovada a relação com o estado gravídico-puerperal e o óbito deve ter ocorrido até 42 dias após o parto. f) doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (cód. B20 a B24, Cap. I). Embora não entrem no cálculo da Razão de Morte Materna

devem ser investigados os óbitos codificados como 096 e 097. É importante destacar que, embora sejam raras, existem causas externas (Cap. XX) que comprometem o estado gravídico-puerperal e devem ser considerados óbitos maternos, desde que não haja dúvida em relação a esse comprometimento. Fonte: Anexo XXX da PRC GM/MS nº 1.

2. No âmbito da Vigilância e Prevenção do Óbito Infantil, Fetal e Materno, as declarações de óbito com informação acerca de óbito materno declarado, bem como os óbitos de mulher em idade fértil deverão seguir o fluxo e os prazos especiais descritos abaixo, ou o fluxo existente em cada Unidade da Federação (UF) desde que obedecidos os prazos estabelecidos, para o cumprimento desta Portaria: 1) O hospital ou serviço onde ocorreu ou que emitiu a Declaração de Óbito (DO) encaminha a primeira via, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, para o gestor do sistema de informação sobre mortalidade responsável pelo processamento dos dados de mortalidade ocorridos no Município. 2) O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município encaminha, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, cópia da primeira via da DO para a equipe de Vigilância de Óbito Materno da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a Regional ou a Secretaria Estadual de Saúde (SES), responsável pela investigação, conforme o fluxo definido em cada local que corresponde a, no máximo, 96 (noventa e seis) horas após o óbito. 3) A equipe de Vigilância do Óbito Materno da SMS inicia imediatamente a investigação, conforme rotinas e fluxos pacotados junto com a SES em cada UF, utilizando para isso as fontes disponíveis e os instrumentos próprios de investigação padronizados para uso na UF, ou os instrumentos padrão recomendados pela publicação 'Manual dos Comitês de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde' - ficha B para coletar dados em domicílio; ficha C para coletar dados hospitalares e serviços assistenciais de saúde em geral; e ficha D para coletar dados de laudos de necropsia do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) ou do Instituto Médico Legal (IML), quando aplicáveis - ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS). 4) Quando a UF optar por usar instrumentos de coleta de dados diferentes daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, esses deverão obrigatoriamente incluir os quesitos constantes do formulário padronizado, conforme o disposto no Anexo III a esta Portaria, e que servirá de documento base para alimentar o sistema de informação do módulo de investigação de óbitos

do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); 5) Simultaneamente ao encaminhamento da DO à equipe de vigilância de óbitos maternos, o setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município realiza a codificação das causas na declaração de óbitos e faz a primeira entrada dos dados no aplicativo do SIM, informando neste momento o conteúdo original da DO, e que o óbito não está investigado. 6) A SES pactuará fluxo com as SMS de modo a garantir que os dados inseridos no SIM sejam transferidos via SISNET (a partir do nível que considerar mais adequado, municipal, regional ou estadual) no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o óbito, assegurando assim que esses dados estejam disponíveis na base estadual e federal instantaneamente neste momento. 7) As equipes de vigilância de óbitos maternos deverão concluir e informar o resultado da investigação epidemiológica no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após a data do óbito. 8) Informar o resultado da investigação epidemiológica significa: a) encaminhar ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município o relatório-síntese da investigação epidemiológica de óbitos maternos, constante do Anexo III a esta Portaria, devidamente preenchido; b) encaminhar todos os formulários utilizados no processo de investigação (ficha hospitalar e/ou ambulatorial e/ou domiciliar e/ou laudos de necropsia do SVO e/ou laudo do IML) ao Comitê de Morte Materna municipal ou de referência para os óbitos de sua área de abrangência, conforme o fluxo definido em cada UF. 9 - O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município digitará o sumário da investigação do óbito materno no módulo de investigação de óbitos do SIM, oferecido pelo MS em aplicativo digital cuja tela de entrada de dados está baseada no formulário padrão (Anexo III), no prazo máximo de 7 (sete) dias após o recebimento do relatório-síntese, podendo ainda disponibilizar acesso para que a equipe de vigilância de óbitos maternos alimente o referido módulo, conforme a decisão de cada local. 10) O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município realiza a primeira atualização dos dados no aplicativo informatizado do SIM, informando neste momento que o óbito foi investigado, a(s) fonte(s) de dados consultadas durante a investigação e a data da sua conclusão. 11) Caso a investigação epidemiológica aponte para a necessidade de alterar ou complementar a DO, inclusive com novas causas de óbito, ou permita a codificação de causas não presentes na declaração de óbitos original, as causas deverão ser indicadas e, no caso de alteração/atualização das causas de óbito, estas devem

passar por um processo de recodificação, e de nova seleção de causa básica, que poderá confirmar ou descartar o óbito materno previamente informado, ou classificar como materno um óbito originalmente definido apenas como óbito de mulher em idade fértil sem causa materna. 12) Em complemento, a equipe de vigilância de óbitos maternos deverá acompanhar a conclusão e a emissão de pareceres pelo Comitê de Morte Materna de referência para onde enviaram o resultado de suas investigações epidemiológicas, e comunicar suas conclusões ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município para que este possa novamente incorporar possíveis alterações, incluindo nova(s) causa(s) do(s) óbito(s) no SIM. Fonte: *Anexo XXXI da PRC GM/MS nº 1.*

3. No âmbito da Vigilância e Prevenção do Óbito Infantil, Fetal e Materno, a Ficha de Investigação é o formulário padrão com a síntese da investigação de óbito infantil e fetal a ser adotado obrigatoriamente como instrumento de coleta para alimentar o módulo de investigação de óbitos do SIM, para informar a síntese de cada investigação. Fonte: *Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 1.*
4. No âmbito da Vigilância e Prevenção do Óbito Infantil, Fetal e Materno, as declarações de óbito com informação acerca de óbito infantil ou fetal deverão seguir fluxo e prazos especiais descritos abaixo, ou o fluxo existente em cada Unidade Federada (UF) desde que obedecidos os prazos estabelecidos, para o cumprimento desta Portaria: 1) O hospital ou serviço onde ocorreu o óbito ou que emitiu a Declaração de Óbito encaminha a 1ª via, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, para o gestor municipal do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). 2) O setor que processa os dados sobre os óbitos ocorridos no Município encaminha, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, cópia da 1ª via da DO para os responsáveis pela vigilância de óbito infantil e fetal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Regional ou Secretaria Estadual de Saúde (SES), conforme o fluxo definido em cada local e que corresponde a, no máximo, 96 (noventa e seis) horas após o óbito. 3) Os responsáveis pela vigilância do óbito infantil e fetal da SMS iniciam imediatamente a investigação, conforme rotinas e fluxos pactuados junto à SES em cada UF, utilizando para isso as fontes disponíveis e os instrumentos próprios de investigação padronizados para uso no estado ou Município, ou os instrumentos-padrão recomendados pela publicação "Manual de Vigilância do óbito Infantil e Fetal" do Ministério da Saúde ou outros que venham a ser recomendados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). 4) Quando o Estado ou Município optar por usar instrumentos de coleta de dados diferentes daqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, estes deverão obrigatoriamente informar os quesitos constantes na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações (Anexo I), e que servirá de documento base para alimentar o módulo de investigação de óbitos do SIM. 5) Simultaneamente ao encaminhamento da DO aos responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais, o setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município realiza a codificação das causas na declaração de óbito e faz a primeira entrada dos dados no aplicativo do SIM, informando neste momento o conteúdo original da DO, e que o óbito não está investigado. 6) A SES pactuará fluxo com as SMS de modo a garantir que os dados inseridos no SIM sejam transferidos via SISNET (a partir do nível que considerar mais adequado, municipal, regional, ou estadual) no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o óbito, assegurando assim que esses dados estejam disponíveis na base estadual e federal instantaneamente neste momento. 7) Os responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais deverão concluir o caso e informar o resultado da investigação dos óbitos no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após a data do óbito. 8) Informar o resultado da investigação significa encaminhar ao setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município, a Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações, constante no Anexo I a esta Portaria, devidamente preenchida. 9) O setor que processa os dados de mortalidade dos óbitos ocorridos no Município digitará a síntese da investigação do óbito infantil e fetal no módulo de investigação de óbitos do SIM, oferecido pelo MS em aplicativo digital cuja tela de entrada de dados está baseada na Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal - Síntese, Conclusões e Recomendações, constante no Anexo I a esta Portaria, no prazo máximo de 7 (sete) dias após o recebimento da Ficha, podendo ainda disponibilizar acesso para que os responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais alimentem o referido módulo, conforme a decisão de cada local. 10) Caso a investigação aponte para a necessidade de alterar ou complementar a Declaração de Nascido Vivo (DN) ou a DO, estas deverão ser efetuadas e no caso de alteração/atualização das causas de óbito, elas devem passar por um processo de recodificação e nova seleção de causa básica. Outro tipo de alteração diz respeito à faixa etária do indivíduo no momento do óbito, podendo gerar revisões na classificação do tipo

Deficiência

de óbito (fetal ou não fetal) no SIM. Fonte: Anexo XXV da PRC GM/MS nº 1.

Ver também: Vigilância e Prevenção do Óbito Infantil, Fetal e Materno e Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) (SIM).

Deficiência

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, cabe registro a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1989, que definiu deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; a incapacidade como toda restrição ou falta - devida a uma deficiência - da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida que se considera normal para um ser humano; e a desvantagem como uma situação prejudicial para um determinado indivíduo, em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso (em função da idade, sexo e fatores sociais e culturais). Para fins de delimitação da problemática das deficiências no Brasil, são apresentados neste documento os tipos de deficiências mais abrangentes e frequentes, segundo a classificação adotada pela OMS, ou seja, as pessoas com deficiência mental, motora, auditiva, visual e múltipla. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.
2. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violência, qualquer perda ou alteração de uma estrutura, função de ordem psicológica, fisiológica ou anatômica. Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

Deficiência Auditiva

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir, manifesta-se como surdez leve e moderada e surdez severa ou profunda. Assim como na [deficiência] visual, as pessoas com deficiência auditiva podem ter afetadas a sua aprendizagem e o seu desenvolvimento integral. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Deficiência Mental

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e de acordo com a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMD), se observa uma

substancial limitação da capacidade de aprendizagem do indivíduo e de suas habilidades para a vida diária. A pessoa com essa deficiência, assim, caracteriza-se por apresentar um déficit na inteligência conceitual, prática e social. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Deficiência Motora

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, refere-se ao comprometimento do aparelho locomotor, que compreende o sistema ósteoarticular, o sistema muscular e o sistema nervoso. As doenças ou lesões que afetam quaisquer desses sistemas, isoladamente ou em conjunto, podem produzir quadros de limitações físicas de grau e gravidade variáveis, segundo os segmentos corporais afetados e o tipo de lesão ocorrida. As pessoas com deficiência motora ressentem-se de uma variedade de condições neurosensoriais que as afetam em termos de mobilidade, de coordenação motora geral ou da fala, como decorrência de lesões nervosas, neuromusculares e osteoarticulares ou, ainda, de má-formação congênita ou adquirida. Dependendo do caso, as pessoas que têm problemas de locomoção conseguem movimentar-se com a ajuda de prótese, cadeira de rodas ou outros aparelhos auxiliares. Ao desenvolver determinadas habilidades, essas pessoas podem ter condições de ir de um lugar para outro, manipular objetos, trabalhar, ser autônomas e independentes. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Deficiência Múltipla

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e de acordo com a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMD), é a associação, no mesmo indivíduo, de duas ou mais deficiências primárias - mental, visual, auditiva e motora - , com comprometimentos que acarretam atrasos no desenvolvimento global e na capacidade adaptativa. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Deficiência Visual

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, compreende uma situação irreversível de diminuição da visão, mesmo após tratamento clínico e ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. O deficiente visual total ou com baixa visão tem restringida a sua velocidade de trabalho, a orientação e a mobilidade, bem como a sua capacidade de realizar

tarefas. Essa deficiência é classificada pela OMS em categorias que abrangem desde a perda visual leve até a ausência total de visão. A adoção dessa classificação é recomendada para que se possa ter uma maior uniformidade de dados estatísticos e estudos epidemiológicos comparativos entre os diferentes países. Entretanto, é apenas quantitativa, baseada em valores de acuidade visual (CID). Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Deficit Neurológico

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, comprometimento ou a perda da função causada por lesões no sistema nervoso. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

DENASUS ver Departamento Nacional de Audiologia

Denominação Comum Brasileira [Programa Farmácia Popular do Brasil] (DCB)

1. No âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), a denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária. Fonte: *inciso V do caput do art. 3º do Anexo LXXVII da PRC GM/MS nº 5.*

Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde

1. É o responsável, em conjunto com a CGMAC/DAET/SAS/MS, pelo monitoramento e a avaliação contínua dos Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras e dos Serviços de Referência em Doenças Raras. Fonte: *caput do art. 28 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

Departamento de Articulação Interfederativa, da Secretaria-Executiva (DAI/SE)

1. Responsável pela promoção das ações necessárias para implementação do processo de avaliação de desempenho de âmbito nacional, bem como pelo apoio técnico e administrativo à operação do Comitê e do Núcleo de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. Fonte: *caput do art. 74 da PRC GM/MS nº 1.*

Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS)

1. Departamento ao qual compete: a) adotar procedimentos necessários para execução do processo de aquisição dos kits de medicamentos e insumos estratégicos; b) manter permanente estoque estratégico de medicamentos e insumos estratégicos, observados os cuidados necessários a se evitar o perecimento dos produtos; c) repassar à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) os medicamentos e insumos estratégicos cujo prazo para expiração da validade seja inferior a cento e oitenta dias. Fonte: *inciso I do caput do art. 44 da PRC GM/MS nº 1.*

Departamento de Atenção Especializada e Técnica (DAET/SAS)

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia, é o responsável pela operacionalização dos trabalhos da Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia. Fonte: *caput do art. 13 do Anexo XXXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Departamento de Logística em Saúde (DLOG/SE/MS)

1. Departamento ao qual compete: a) armazenar o estoque de medicamentos e insumos estratégicos no Serviço de Almoxarifado de Medicamentos; b) estabelecer procedimentos de envio dos kits de medicamentos e insumos estratégicos às Secretarias de Saúde solicitantes, com o estabelecimento de regime de sobreaviso durante os finais de semana e feriados prolongados, especialmente nos períodos com previsão de chuvas intensas ou prolongadas; e c) manter vinte kits de medicamentos e insumos estratégicos completos montados permanentemente. Fonte: *inciso III do caput do art. 44 da PRC GM/MS nº 1.*

Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS

1. No exercício das competências que lhe são designadas pelo Decreto 8.901, de 10 de novembro de 2016, terá a responsabilidade de centralizar o recebimento das denúncias formuladas por servidores e cidadãos interessados, relativamente às atividades e procedimentos internos, no âmbito do SUS. Fonte: *caput do art. 109 da PRC GM/MS nº 1.*

Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (DESAI)

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, tem como competência: I – planejar, promover e coordenar o desenvolvimento de ações integrais de atenção à saúde dos povos indígenas; II – planejar, coordenar e garantir a assistência farmacêutica no âmbito da atenção à saúde dos povos indígenas; III – coordenar e executar o sistema de informação da saúde indígena; IV – promover e divulgar a análise das informações geradas pelos sistemas de informação da saúde indígena; V – propor normas, critérios, parâmetros e métodos para a alocação de recursos financeiros, o controle da qualidade e avaliação das ações de saúde indígena; VI – supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI); VII – implantar instrumentos para organização gerencial e operacional das ações de atenção à saúde dos povos indígenas; VIII – articular com os órgãos responsáveis pela política indígena no país o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades indígenas; e IX – propor alterações nas áreas de abrangência dos DSEI. Fonte: *caput do art. 4º do Anexo 2 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2*.

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST/SVS/MS)

1. Compete-lhe: a) estabelecer procedimentos para a autorização de envio dos kits de medicamentos e insuários estratégicos, com o estabelecimento de regime de sobreaviso durante os finais de semana e feriados prolongados, especialmente nos períodos com previsão de chuvas intensas ou prolongadas; e b) avaliar as solicitações e autorizar o envio dos kits. Fonte: *inciso II do caput do art. 44 da PRC GM/MS nº 1*.

Departamento Nacional de Auditoria (DENASUS)

1. Exerce as funções de Gestor do SISAUD/SUS, com o conhecimento do DATASUS, cabendo ao primeiro: I – desenvolver, gerenciar e aperfeiçoar o Sistema, de acordo com os objetivos fixados no art. 3º; II – definir, juntamente com os componentes do SNA que se habilitarem ao uso do SISAUD/SUS, a forma e o conteúdo dos dados e das informações a serem armazenados e dos relatórios a serem gerados pelo Sistema; III – autorizar aos servidores do Ministério da Saúde o acesso à operação do SISAUD/SUS e credenciar os componen-

tes do SNA que possam fazer uso do Sistema; e IV – publicar o regulamento do SISAUD/SUS. Fonte: *caput do art. 5º do Anexo VII da PRC GM/MS nº 4*.

2. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), cabe-lhe, além da realização de auditorias, o fortalecimento dos componentes estaduais e municipais do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS, visando unificar os processos e práticas de trabalho para os três entes federativos, bem como contribuir para o aperfeiçoamento organizacional, normativo e de recursos humanos dos órgãos que compõem o SNA. Isto ocorre por meio de mecanismos que busquem maior interação e troca de informações entre seus componentes, possibilitando um diagnóstico mais preciso das necessidades de desenvolvimento e ações de capacitação de recursos humanos para a assunção das responsabilidades em cada nível de gestão. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2*.

Dependência

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde. No entanto, cabe enfatizar que a existência de uma incapacidade funcional, independentemente de sua origem, é o que determina a necessidade de um cuidador. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2*.

Depósito de Equipamentos e Materiais

1. No âmbito de Centro de Parto Normal, é o ambiente destinado a armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo. Para este ambiente adotou-se área mínima de 3,5m². Fonte: *Anexo 6 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3*.

Depósito de Material de Limpeza (DML)

1. No âmbito de Centro de Parto Normal, é o ambiente de apoio destinado à guarda de materiais de limpeza. Deve apresentar área mínima de 2,00m², dimensão mínima de 1,0m e estar provido ponto de água fria. Fonte: *Anexo 6 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3*.

DESAI ver Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde

Descarte de Resíduo em Banco de Tecido Ocular

1. Os resíduos de processamento e os tecidos com prazos de validade vencidos ou impróprios para uso por exames laboratoriais (reagentes/positivos) devem ser descartados de acordo com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com as normas vigentes. Fonte: Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Descarte de Resíduos em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos

1. Os resíduos de processamento e os tecidos com prazo de validade vencido ou impróprios para uso por exames laboratoriais devem ser descartados de acordo com a legislação vigente para descarte de resíduos de serviços de saúde. Fonte: Anexo 5 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Descentralização

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPC-FA), processo de autonomia das esferas de gestão estaduais, distrital e municipais, com redefinição dos papéis e responsabilidades em sua relação com a esfera federal. Fonte: inciso V do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.

Descredenciamento [da Participação Complementar]

1. No âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde, rescisão contratual entre a entidade credenciada e o ente contratante, após regular processo administrativo, com observância aos princípios do contraditório e da ampla defesa. Fonte: inciso XIII do caput do art. 129 da PRC GM/MS nº 1.

Descrição da Situação Geradora do Acidente ou Doença do Trabalho

1. No âmbito da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde e no que tange à emissão de AIH, é descrever a situação ou a atividade de trabalho desenvolvida pelo acidentado e por outros diretamente relacionados ao acidente. Tratando-se de acidente de trajeto, especificar o deslocamento e informar se o percurso foi ou não alterado

ou interrompido por motivos alheios ao trabalho. No caso de doença, descrever a atividade de trabalho, o ambiente ou as condições em que o trabalho era realizado. Fonte: Anexo XLIX da PRC GM/MS nº 5.

Desenho Regional

1. É a Fase I da operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial que consiste de: a) análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros; b) pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no CGR e no CGSES/DF; c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; na sequencia, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR; d) estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região. Fonte: inciso I do caput do art. 14 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.

Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde

1. No âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADISUS, o desenvolvimento e implantação de técnicas operacionais, sistemas e tecnologias da informação e avaliação de projetos alinhados com a gestão de serviços de saúde vinculados ao SUS; da racionalização de custos e ampliação da eficiência operacional dos serviços e sistemas regionais, com o desenvolvimento de

controle de doenças no âmbito populacional, avançando nas metodologias estruturadas em torno de metas em qualidade de vida e saúde, incluindo, se necessário, a compra de materiais, desenvolvimento de softwares e equipamentos requeridos para a melhor operação das áreas acima referidas, bem como a efetivação de adequações físicas e de instalações necessárias a essas incorporações. Fonte: *inciso IV do caput do art. 17 do Anexo XCIII da PRC GM/MS nº 5.*

Desenvolvimento Sustentável

1. Promove, mobiliza e articula ações governamentais, não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, nos diferentes cenários, como cidades, campo, floresta, águas, bairros, territórios, comunidades, habitações, escolas, igrejas, empresas e outros, permitindo a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde em articulação com os demais temas prioritários. Fonte: *inciso VIII do caput do art. 10 do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde

1. No âmbito da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes: I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito; II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população. Fonte: *caput do art. 2º da Lei Complementar FED 141 de 13/01/2012.*

2. No âmbito da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a: I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária; II - atenção integral e universal

à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais; III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS; V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos; VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar; VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos; VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças; IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde; X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais; XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde. Fonte: *caput do art. 3º da Lei Complementar FED 141 de 13/01/2012.*

Destaque na Promoção da Doação de Órgãos e Tecidos no Brasil

1. O Prêmio é uma miniatura da escultura criada para homenagear pessoas físicas ou jurídicas, instituições públicas ou privadas, associações de pacientes, organizações não-governamentais, entre outras, que se destaquem na promoção da doação e captação de órgãos e/ou de tecidos para transplante, e é entregue para o primeiro e o segundo lugares entre os selecionados. Fonte: *parágrafo 2º do art. 547 da PRC GM/MS nº 1.*

Detalhamento da Forma de Contratação

1. No âmbito da Terminologia de Formas de Contratação de Profissionais do CNES, fornece detalhes necessários para melhor compreensão do contrato com o empregador, quando aplicável. Fonte: *inciso III do caput do art. 381 da PRC GM/MS nº 1.*

Determinantes Sociais da Saúde (DSS)

1. No âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, é um dos seus temas transversais e significa identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares. Fonte: *inciso I do caput do art. 8º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), tem-se como os dez passos para o sucesso do aleitamento materno: a) passo 1: ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde; b) passo 2: capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política; c) passo 3: informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno; d) passo 4: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário; e) passo 5: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos; f) passo 6: não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista; g) passo 7: praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia; h) passo 8: incentivar o aleitamento materno sob livre demanda; i) passo 9: não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes; e j) passo 10: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta. Fonte: *inciso I do caput do art. 25 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*

DGMP ver Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento do Sistema Único de Saúde

Diabetes Mellitus

1. No âmbito dos Critérios e Indicações para Autonomonitoramento da Glicemia Capilar, doença crônica, caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose, cujo controle glicêmico inadequado resulta no aparecimento das graves complicações que reduzem a expectativa de vida e comprometem a qualidade de vida do portador desta doença. Fonte: *Anexo LXXXVII da PRC GM/MS nº 5.*

Diagnóstico [Leishmaniose Tegumentar Americana]

1. No âmbito das normas técnicas para diagnóstico, tratamento e controle da Leishmaniose Tegumentar Americana, para qualquer das formas deve ser clínico, epidemiológico e laboratorial, exceto nas áreas onde não se dispõe de recursos laboratoriais. Fonte: *Anexo XXXII da PRC GM/MS nº 5.*

Diagnóstico Clínico [Leishmaniose Tegumentar Americana]

1. No âmbito das normas técnicas para diagnóstico, tratamento e controle da Leishmaniose Tegumentar Americana, a forma ulcerada franca é a mais comum, caracteriza-se por úlcera, com bordas elevadas em moldura, fundo granuloso com ou sem exsudação e indolor. Outras formas encontradas são a úlcero-crostosa, impetigoide, úlcero-vegetante, verrucosa, tuberosa, liquenóide ou framboesiforme. Na fase inicial é frequente a linfangite e/ou a adenopatia satélite às lesões. Quando existem lesões mucosas as queixas são de obstrução e eliminação de crostas nasais, epistaxes, e ao exame, ulceração de septo nasal. Fonte: *Anexo XXXII da PRC GM/MS nº 5.*

Diagnóstico de Toxicidade pelo Benzeno

1. No âmbito das Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores expostos ao Benzeno, de natureza ocupacional, é eminentemente clínico e epidemiológico, fundamentando-se na história de exposição ocupacional e na observação de sintomas e sinais clínicos e laboratoriais. Fonte: *Anexo LXVIII da PRC GM/MS nº 5.*

Diagnóstico do Pênfigo Foliáceo Endêmico

1. Baseia-se em suas características clínicas e em exames laboratoriais. O Exame clínico deve valorizar as lesões bolhosas e erosivas e suas localizações preferenciais, o sinal de Nikolsky e a procedência do doente. Já os

exames laboratoriais tem como finalidade a confirmação diagnóstica, que deve ser feita através de exame histopatológico de material obtido de biópsia de pele, o qual deve ser colhido preferencialmente, em lesão bolhosa recente ou em sua ausência, na borda de uma lesão erosada. Fonte: Anexo XXX da PRC GM/MS nº 5.

Diagnóstico Epidemiológico [Leishmaniose Tegumentar Americana]

1. No âmbito das normas técnicas para diagnóstico, tratamento e controle da Leishmaniose Tegumentar Americana, baseia-se em informações sobre residência e procedência do paciente, residências anteriores, e atividades profissionais relacionadas com desmatamento. Em presença de lesões suspeitas de mucosas deve-se investigar a preexistência de lesão cutânea, e a procedência e atividade profissional do paciente, naquela ocasião. Fonte: Anexo XXXII da PRC GM/MS nº 5.

Diagnóstico Etiológico

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, determina a causa das doenças, quer diretas, quer predisponentes, e do seu mecanismo de ação. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Diagnóstico Funcional

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, determina a ação normal ou especial de um órgão e grau de comprometimento. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Diagnóstico Imunológico [Leishmaniose Tegumentar Americana]

1. No âmbito das normas técnicas para diagnóstico, tratamento e controle da Leishmaniose Tegumentar Americana, pode ser feito através de: a) Intradermorreação de Montenegro, que traduz a resposta alérgica de hipersensibilidade celular retardada. É de grande valor presuntivo, dada a sua sensibilidade e especificidade, sendo positiva em mais de 90% dos casos de LTA. Nas lesões mucosas a reação é quase sempre positiva. Geralmente permanece positiva após o tratamento ou cicatrização espontânea da lesão, negativando nos indivíduos pouco reatores e nos precocemente tratados. Em áreas endêmicas deve ser valorizado, levando em consideração uma leishmaniose anterior ou, apenas exposição ao parasita sem doença. Essa reação

pode estar negativa de 1 a 4 meses após o início de lesão. É negativa na Leishmaniose anérgica. b) Imuno-fluorescência indireta (IFI). c) Testes imunoenzimáticos (ELISA). As reações sorológicas de imuno-fluorescência indireta e os testes imunoenzimáticos (ELISA) são muitos úteis, principalmente nos casos com lesões extensas e múltiplas e no diagnóstico precoce das lesões mucosas secundárias ou primárias. A IFI apresenta reação cruzada com a leishmaniose visceral e a doença de Chagas. Fonte: Anexo XXXII da PRC GM/MS nº 5.

Diagnóstico Laboratorial [Leishmaniose Tegumentar Americana]

1. No âmbito das normas técnicas para diagnóstico, tratamento e controle da Leishmaniose Tegumentar Americana, baseia-se na evidenciação do parasita e em provas imunológicas. Fonte: Anexo XXXII da PRC GM/MS nº 5.

Diagnóstico Nutricional

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), identificação e a determinação do estudo nutricional, com base em dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, obtido a partir da avaliação nutricional de indivíduos ou coletividades. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Diagnóstico Parasitológico [Leishmaniose Tegumentar Americana]

1. No âmbito das normas técnicas para diagnóstico, tratamento e controle da Leishmaniose Tegumentar Americana, a evidenciação do parasita é feita através de exames direto e indireto. Para a pesquisa direta são utilizados os seguintes procedimentos: escarificação, punção aspirativa, impressão por aposição e biopsia. O material deve ser colhido na superfície ou na borda interna de lesões novas; é raro o encontro de parasitas em lesões com mais de um ano. A identificação e tipagem do parasita através dos métodos abaixo é de grande utilidade na indicação terapêutica adequada. Entretanto, a tipagem só é possível em alguns centros de referência. Fonte: Anexo XXXII da PRC GM/MS nº 5.

Diagnóstico Sindrômico

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, determina o grupo de sintomas e si-

nais que, considerados em conjunto, caracterizam uma moléstia ou lesão. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Direção Estadual do Sistema Único de Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, compete à direção nacional do SUS: I – coordenar, em âmbito estadual, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; II – conduzir as negociações nas instâncias estaduais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Estadual de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; III – pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros, para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Estadual de Saúde (CES); IV – desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CES; V – apoiar tecnicamente e atuar de forma integrada com as secretarias municipais de saúde na implementação das ações de saúde do trabalhador; VI – organizar as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador nas regiões de saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde, definindo, em conjunto com os municípios, os mecanismos e os fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador; VII – realizar a pactuação regional e estadual das ações e dos indicadores de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador; VIII – monitorar, em conjunto com as secretarias municipais de saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores; IX – regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência; X – garantir a implementação, nos serviços públicos e privados, da notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, assim como do registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados

nos municípios, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento desta Política; XI – elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; XII – participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas técnicas pertinentes à sua esfera de competência, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais; XIII – promover a formação e capacitação em saúde do trabalhador para os profissionais de saúde do SUS, inclusive na forma de educação continuada, respeitadas as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; XIV – desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores; XV – definir e executar projetos especiais em questões de interesse locorregional, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber; e XVI – promover, no âmbito estadual, a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores. Fonte: *caput do art. 12 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.*

Direção Nacional do Sistema Único de Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, compete à direção nacional do SUS: I – coordenar, em âmbito nacional, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; II – conduzir as negociações nas instâncias do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; III – alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS); IV – desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do CNS; V –

apoiar tecnicamente as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na implementação e execução da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; VI – promover a incorporação de ações e procedimentos de vigilância e de assistência à saúde do trabalhador junto à Rede de Atenção à Saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde; VII – monitorar, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores; VIII – estabelecer rotinas de sistematização, processamento, análise e divulgação dos dados gerados nos municípios e nos estados a partir dos sistemas de informação em saúde, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento estratégico da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; IX – elaborar perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; X – promover a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores; XI – participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas pertinentes à sua área de atuação, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais; XII – promover a formação e a capacitação em saúde do trabalhador dos profissionais de saúde do SUS, junto à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; XIII – desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores; XIV – conduzir a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho no território nacional e a inclusão do elenco prioritário de agravos relacionados ao trabalho na listagem nacional de agravos de notificação compulsória; e XV – regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e serviços de saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência. Fonte: *caput do art. 11 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.*

Direito à Saúde

1. No âmbito dos Elementos Informativos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, constitui-se num direito social derivado do direito à vida, estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Resolução 217^a, III, da Assembleia Geral da ONU, 10/09/1948). No Brasil, segundo a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde é um direito social (art. 6º) que decorre do princípio fundamental da dignidade humana (inciso III, art. 1º), cabendo ao Estado garantir-la mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196). Dessa forma, é dever do poder público prover as condições e as garantias para o exercício do direito individual e coletivo à saúde, com a ressalva de que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (art. 2º, parágrafo 2º da Lei Nº 8.080/90). Fonte: *Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.*

Direito Humano à Alimentação Adequada

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Direitos Reprodutivos

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPC-FA), direitos básicos de todo casal e indivíduo de ter informação e meios de decidir livre e responsávelmente sobre a oportunidade e as condições de ter ou não filhos. Fonte: *inciso VI do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.*

Direitos Sexuais

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPC-FA), direitos de cada pessoa desfrutar de uma vida sexual com prazer e livre de discriminação. Fonte: *in-*

ciso VII do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.

Direito Universal e Integral à Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, entende-se como o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Fonte: Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.

Diretrizes Clínicas

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), recomendações que orientam decisões assistenciais de prevenção e promoção, como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. As diretrizes desdobram-se em Guias de Prática Clínica/ Protocolos Assistenciais, orientam as Linhas de Cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Diretrizes da Assistência Farmacêutica no SISUS

1. Tem por base os seguintes princípios: I – promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o seu acesso e uso racional; II – consideração das necessidades e realidades epidemiológicas de cada DSEI/SESAI/MS e orientação para a garantia dos medicamentos da atenção básica à população; III – valorização e incentivo das práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas que envolvam o conhecimento, o uso de plantas medicinais e demais costumes tradicionais utilizados no tratamento de doenças e outros agravos à saúde, articulando-as com as demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS); IV – garantia da autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação dos hábitos e costumes tradicionais, conhecimentos e práticas terapêuticas, com promoção do respeito às diretrizes, políticas nacionais e legislação relativa aos

recursos genéticos, bioética e bens imateriais das sociedades tradicionais, como forma de preservação da cultura dos povos indígenas; e V – execução diferenciada das ações da assistência farmacêutica, através do reconhecimento das especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas e seus direitos territoriais. Fonte: caput do art. 17 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.

Diretrizes do Eixo I do Plano Diretor de Vigilância Sanitária

1. Plano Diretor de Vigilância Sanitária tem como Diretrizes do Eixo I: 1. Reafirmação do caráter indissociável da Vigilância Sanitária, como componente do SUS, respeitando seus princípios e diretrizes: a) adequação dos processos de trabalho de Vigilância Sanitária visando à integração com as demais políticas e práticas de saúde; b) estímulo à construção de práticas de gestão que incentivem a intersetorialidade, institucionalizadas formalmente, compartilhando espaços de ações e serviços com outros setores governamentais e não governamentais que possuam interface com o campo de atuação da Vigilância Sanitária e respeitando as especificidades locais; e c) desenvolvimento, na esfera federal, de mecanismos que garantam a integração da ANVISA com as demais áreas responsáveis por ações de promoção e proteção à saúde. 2. Revisão do processo de planejamento e execução das ações de Vigilância Sanitária, sob a ótica da responsabilidade sanitária, com a definição do elenco norteador para subsidiar a descentralização da gestão e das ações, mediante: a) a análise dos riscos sanitários, da situação de saúde e das necessidades sociais; b) o levantamento e análise dos recursos físicos, financeiros e humanos existentes e os necessários ao desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária; e c) a definição de agendas de prioridades locorregionais, com vistas a intervenções. 3. Definição das relações e responsabilidades sanitárias das três esferas de governo, estabelecendo formas de articulação e execução de ações de Vigilância Sanitária de maneira integrada e consoante com os princípios do SUS: a) articulação, cooperação e apoio efetivo entre Ministério da Saúde, ANVISA, Estados, Distrito Federal e Municípios, visando à consolidação do processo de estruturação do SNVS, por meio da pactuação entre as três esferas de governo; b) definição e implementação de instrumentos de pactuação e gestão que favoreçam maior eficiência, eficácia e efetividade à ação de Vigilância Sanitária, reconhecendo e respeitando a diversidade e especificidade locorregional; e c) aprofundamento da estruturação do SNVS para o gerenciamento dos riscos e

controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras, por meio da pactuação e do fortalecimento da articulação entre as esferas de governo. 4. Fortalecimento da Vigilância Sanitária em todas as esferas de governo: a) indução política da estruturação da Vigilância Sanitária a fim de que cada esfera de governo tenha estrutura e estratégias para o gerenciamento do risco sanitário local; b) promoção da qualificação dos profissionais que atuam em Vigilância Sanitária; c) estímulo à introdução da temática de Vigilância Sanitária na pauta dos espaços colegiados de gestão, discussão técnica e pactuação do SUS; e d) apoio jurídico à Vigilância Sanitária, fortalecendo suas ações locais. 5. Desenvolvimento de processos de planejamento, monitoramento, avaliação e auditoria compartilhados e contínuos, nas três esferas de governo, para melhor apoia-las no processo de assunção de suas responsabilidades: a) desenvolvimento de processos e instrumentos de avaliação dos serviços e das ações de Vigilância Sanitária – expressos nos Relatórios de Gestão das três esferas de governo – visando à redução dos riscos e agravos à saúde; e b) definição de metas de cobertura e de indicadores de desempenho e incorporação dos resultados das avaliações ao processo decisório nas três esferas de governo. 6. Constituição de uma política de financiamento para investimento e custeio, em consonância com as diretrizes do Pacto pela Saúde, por parte das três esferas de governo, com vistas à estruturação dos serviços e à operacionalização das ações de Vigilância Sanitária – Visa, adotando a equidade e a transparência na aplicação dos recursos como princípios norteadores. 7. Estruturação e implantação de um Sistema Nacional de Informação, que promova transparência e subsidie o processo de gestão do SNVS, integrado aos sistemas de base nacional do Ministério da Saúde. Fonte: Anexo XIX da PRC GM/MS nº 5.

Diretrizes do Eixo II do Plano Diretor de Vigilância Sanitária

1. Plano Diretor de Vigilância Sanitária tem como Diretrizes do Eixo II: 1. Institucionalização de ações de caráter intersectorial com os diversos órgãos que tenham interface com ações de Vigilância Sanitária – VISA: a) articulação com outros órgãos responsáveis por ações regulatórias, reconhecendo seus limites de competência; b) articulação das ações de Vigilância Sanitária com as prioridades das demais políticas públicas, nas três esferas de governo; c) articulação com os diversos órgãos e entidades de proteção do consumidor, defesa da cidadania, regulação econômica e monitoramento de mercado, bem como com os órgãos

responsáveis pelo controle de qualidade e avaliação de conformidade; e d) articulação com as empresas empregadoras, sindicatos, estabelecimentos privados de prestação de serviços de saúde, operadoras de planos de saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a redução de riscos sanitários e melhoria das condições de vida e saúde. 2. Aprimoramento da aplicação do princípio da precaução como um valor fundamental para as ações de Vigilância Sanitária, para a avaliação de novas tecnologias e para a tomada de decisões, de forma que proteja e promova a saúde da população. 3. Sistematização e incorporação dos conhecimentos produzidos no próprio SNVS às práticas de Vigilância Sanitária, a partir das ações de registro, fiscalização e monitoramento, dentre outras. 4. Promoção do acesso aos conhecimentos científicos pertinentes às ações de regulação para os profissionais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. 5. Promoção de mecanismos de disseminação efetiva das comunicações de risco sanitário à população. 6. Articulação entre as diversas esferas de governo para a definição de prioridades da regulação sanitária e execução das ações de Vigilância Sanitária. 7. Articulação com a rede de Laboratórios de Saúde Pública nas diversas esferas de governo, como componente essencial ao exercício da ação regulatória. 8. Elaboração e revisão da legislação, do marco regulatório, dos regulamentos técnicos e dos processos de trabalho em Vigilância Sanitária, de forma participativa e tripartite, à luz dos conhecimentos recentes e das referências internacionais: a) harmonização das ações e instrumentos de controle sanitário e adoção de procedimentos operacionais padronizados em Vigilância Sanitária; e b) aprimoramento dos instrumentos inerentes ao processo regulatório, visando à racionalização das atividades da Vigilância Sanitária. 9. Consolidação e ampliação, em âmbito nacional, da estratégia de vigilância e monitoramento de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e serviços de saúde. 10. Articulação da ação regulatória da Visa com as diretrizes e estratégias da política de desenvolvimento nacional, levando em consideração os riscos sanitários, contribuindo para o aprimoramento da qualidade de produtos, processos e serviços. Fonte: Anexo XIX da PRC GM/MS nº 5.

Diretrizes do Eixo III do Plano Diretor de Vigilância Sanitária

1. Plano Diretor de Vigilância Sanitária tem como Diretrizes do Eixo III: 1. Articulação permanente entre as ações de Vigilância Sanitária e os demais serviços e

ações de saúde desenvolvidos no âmbito do SUS, garantindo a transversalidade nos diversos níveis de atenção à saúde. 2. Articulação das ações de Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e de Saúde do Trabalhador, no sentido de consolidar a vigilância dos determinantes do processo saúde-doença, com vistas à atenção integral à saúde. 3. Promoção e fortalecimento do trabalho conjunto da Vigilância Sanitária com a atenção básica, contribuindo para a reflexão de saberes e práticas multidisciplinares e intersetoriais, favorecendo a integralidade das ações de saúde, nas três esferas de governo: a) desenvolvimento de novos processos de trabalho que incorporem as tecnologias de Vigilância Sanitária às ações básicas de saúde, com enfoque no risco sanitário; e b) descompartmentalização dos processos de trabalho nas ações locais, preservando especificidades e compartilhando tecnologias, conhecimentos e experiências. 4. Revisão do processo de planejamento e execução das ações de Vigilância Sanitária, considerando a responsabilidade sanitária, o território, o risco sanitário, a transcendência de eventos de interesse da saúde e as prioridades nacionais e locorregionais de saúde, visando à integralidade das ações de atenção à saúde. 5. Articulação na definição de políticas de formação de trabalhadores do SUS para promover a integração da Vigilância Sanitária com as demais áreas da saúde no cumprimento do princípio da integralidade. Fonte: Anexo XIX da PRC GM/MS nº 5.

Diretrizes do Eixo IV do Plano Diretor de Vigilância Sanitária

1. Plano Diretor de Vigilância Sanitária tem como Diretrizes do Eixo IV: 1. Estímulo à Produção de Conhecimento em Vigilância Sanitária, buscando integrá-la à Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde do SUS: a) produção e disseminação do conhecimento em Vigilância Sanitária, com a participação de outros atores sociais, tais como: segmentos da sociedade civil organizada, setor regulado, instituições de ensino e pesquisa, profissionais de saúde etc.; b) consolidação e ampliação dos Centros Colaboradores em Vigilância Sanitária, de acordo com as potencialidades regionais, articulando-os com os demais órgãos do SNVS, para o apoio ao desenvolvimento da Vigilância Sanitária; e c) aprimoramento dos instrumentos de disseminação do conhecimento, para tornar mais efetiva a comunicação entre o SNVS e a população. 2. Consolidação do campo da Vigilância Sanitária nos espaços acadêmicos de formação e de produção científica, ensino e pesquisa e reconhecimento dela como

campo de pesquisa, inerente ao campo da Saúde Coletiva, ressaltando a necessidade de interlocução com outras áreas, tendo em vista seu caráter interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial. 3. Fomento à produção de conhecimento e ao desenvolvimento tecnológico voltados para o aprimoramento do SNVS, na perspectiva da diversidade de abordagens metodológicas: a) participação com outros setores governamentais envolvidos na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde para a elaboração de um plano de incorporação tecnológica a partir da identificação das necessidades de aquisição de equipamentos e tecnologias, com vistas à avaliação do impacto social, econômico, ambiental e sanitário decorrente de sua utilização; b) aporte de recursos de forma contínua e sistemática ao desenvolvimento de pesquisas e tecnologia nos serviços de Vigilância Sanitária; c) fomento à efetivação de estudos sobre os determinantes dos riscos sanitários decorrentes dos novos arranjos demográficos e epidemiológicos e dos modos de produção e consumo, objetivando a ampliar a efetividade na proteção da saúde; d) estímulo à realização de estudos sobre a função regulatória e seus impactos nos problemas de saúde e no controle de inúmeros riscos à saúde relacionados a processos produtivos, bens de consumo, serviços e ambientes; e) fomento à efetivação de parcerias entre o SNVS e instituições de ensino e pesquisa – nacionais e internacionais – para o desenvolvimento de projetos em Vigilância Sanitária, de forma que aprimore suas práticas e bases de ação; e f) incentivo à produção de pesquisa pelos serviços de Vigilância Sanitária. 4. Contribuição da Vigilância Sanitária no processo de identificação das necessidades de aquisição de equipamentos e tecnologias e na definição de mecanismos de incorporação tecnológica e de pesquisas, que contemplem as singularidades regionais, para avaliação do impacto social, econômico, ambiental e sanitário decorrente de seu uso. 5. Utilização das diretrizes e definições estabelecidas na Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) como base para a avaliação de tecnologia em saúde, envolvendo as três esferas de governo, com vistas a subsidiar a tomada de decisão acerca da incorporação crítica e independente de produtos e processos. 6. Incorporação e utilização do conhecimento acerca dos avanços tecnológicos e biotecnológicos em saúde, com ênfase na biossegurança, considerando as implicações e repercussões no campo da bioética e da ética em pesquisa: a) utilização de mecanismos e critérios para avaliação do uso de produtos e serviços sujeitos à Vigilância Sanitária e outras inovações tecnológicas, visando ao desenvolvimento

de pesquisas, considerando a avaliação de impactos e suas consequências para a saúde. 7. Promoção sistemática de eventos para a ampla difusão de conhecimentos sobre os determinantes do processo saúde-doença, fatores de risco e situação de saúde da população. Fonte: Anexo XIX da PRC GM/MS nº 5.

Diretrizes do Eixo V do Plano Diretor de Vigilância Sanitária

1. Plano Diretor de Vigilância Sanitária tem como Diretrizes do Eixo V: 1. Promoção de espaços compartilhados de atuação dos setores envolvidos na produção de saúde, fortalecendo parcerias intersetoriais e intra-setoriais, para desenvolvimento de ações voltadas à informação, mobilização, participação e efetivo controle social, com vistas a garantir os direitos à saúde de toda a população. 2. Promoção de ações que contribuam para elevar a consciência sanitária da sociedade, na percepção do risco sanitário e na compreensão do funcionamento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, incluindo os aspectos da universalidade, do acesso, da democratização da informação, da comunicação e da transparéncia: a) promoção de ações educativas e de comunicação que possam difundir a Vigilância Sanitária como uma política pública e responsabilidade indelegável do Estado; b) desenvolvimento de processos de educação e de comunicação social, destinados à conscientização da sociedade quanto ao consumo de produtos e à utilização de serviços que têm impacto na saúde, observando-se a diversidade cultural, regional e social do País; e c) sensibilização e qualificação dos trabalhadores de saúde, para atuação junto à comunidade, fortalecendo a compreensão, a mobilização e a informação em Vigilância Sanitária. 3. Fortalecimento e qualificação do controle social na temática de Vigilância Sanitária: a) garantia do acesso à informação em Vigilância Sanitária; b) aperfeiçoamento dos mecanismos de consultas e audiências públicas, a fim de possibilitar maior participação da sociedade na elaboração de normas sanitárias, nas três esferas de governo; c) fortalecimento dos fóruns de discussão no âmbito da Vigilância Sanitária, com a participação dos órgãos de governo, do setor produtivo e dos segmentos da sociedade civil organizada; d) estímulo à constituição de grupos técnicos para aprofundamento, reflexão e elaboração de subsídios, relativos ao tema Vigilância Sanitária, visando potencializar os trabalhos dos Conselhos de Saúde; e) desenvolvimento de ações educativas em Vigilância Sanitária para os conselheiros de saúde; f) articulação com os Conselhos de Saúde para a inserção da Visa de uma

forma mais sistemática na dinâmica das ações pertinentes ao controle social; e g) incentivo à inserção da Vigilância Sanitária na composição do temário das Conferências de Saúde, nas três esferas de governo. Fonte: Anexo XIX da PRC GM/MS nº 5.

Diretrizes e Estratégias para Implementação da RAS

1. A transição entre o ideário da RAS e a sua concretização ocorre através de um processo contínuo e perpassa o uso de estratégias de integração que permitam desenvolver sistematicamente o conjunto de atributos que caracteriza um sistema de saúde organizado em rede. Este processo contínuo deve refletir coerência e convergência entre o Pacto pela Saúde como diretriz institucional tripartite, as políticas vigentes (PNAB, Políticas específicas voltadas a grupos populacionais que vivem em situação de vulnerabilidade social, Política de Vigilância e Promoção a Saúde, Política de Urgência e Emergência, e outras) e a necessidade de responder de maneira eficaz aos atuais desafios sanitários. Com base nisso, propõe-se as seguintes diretrizes orientadoras e respectivas estratégias para o processo de implementação da RAS: I. Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção; II. Fortalecer o papel dos CGRs no processo de governança da RAS; III. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde; IV. Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS; V. Implementar o Sistema de Planejamento da RAS; VI. Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS; e VII. Financiamento do Sistema na perspectiva da RAS. Fonte: Anexo I da PRC GM/MS nº 3.

Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, objetivam organizar, fortalecer e aprimorar as ações da assistência farmacêutica em hospitais, tendo como eixos estruturantes, a segurança e a promoção do uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde. Fonte: Anexo 2 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva

1. São aquelas que visam oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa com deficiência auditiva, em especial às que necessitam da cirurgia de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso. Envolve ações de âmbito ambulatorial (avaliações clínicas e audiológicas, acompanhamentos e reabilitação fonoaudiológica) e hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamentos pré e pós – operatório), além de estabelecer critérios de indicações e contra indicações clínicas da prótese de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso. Fonte: Anexo 4 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.

Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa

1. Têm por finalidade prevenir e mitigar os riscos à saúde a que está exposta a população envolvida em eventos de massa, a partir da definição de responsabilidades dos gestores do SUS, da saúde suplementar e do estabelecimento de mecanismos de controle e coordenação de ação durante todas as fases do desenvolvimento dos eventos com foco nas ações de atenção à saúde, incluindo promoção, proteção e vigilância e assistência à saúde. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo CII da PRC GM/MS nº 5.*

Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio

1. Organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não governamentais, nacionais e internacionais, permitindo: I – desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; II – desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser previsto; III – organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; IV – identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade; V – fomentar e executar

projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; VI – contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos; VII – promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e VIII – promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 2.*

Diretrizes Operacionais

1. No âmbito da FN-SUS, são aquelas constantes das normas e práticas estabelecidas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) e pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Fonte: *caput do art. 28 da PRC GM/MS nº 1.*

Diretrizes para o Cuidado às Pessoas Tabagistas

1. Diretrizes para o cuidado às pessoas tabagistas: I – reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas; II – identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção; III – apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção; IV – articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis; V – estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado das pessoas tabagistas, de maneira a garantir sua autonomia e a corresponsabilização dos atores envolvidos, com participação da família e da comunidade; e VI – formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as diretrizes nacionais e/ou locais sobre o cuidado da pessoa tabagista. Fonte: *caput do art. 99 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública

1. Tem como finalidade orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde quanto à gestão, planejamento, uniformização, monitoramento e avaliação no que se refere ao acolhimento, diagnóstico, tratamento e cura, prevenção de incapacidades e organização do serviço. Além disso, visa ao fortalecimento das ações de vigilância e atenção da hanseníase, bem como à organização da rede de atenção integral e promoção da saúde, com base na comunicação, educação e mobilização social. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo VI da PRC GM/MS nº 2.*

Diretrizes Relacionadas à Estratégia de e-Saúde para o Brasil

1. Diretrizes relacionadas à estratégia de e-Saúde para o Brasil no âmbito da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS): I – fortalecimento da área de informação e informática em saúde, com apoio à organização, ao desenvolvimento e à integração à atenção à saúde nas três esferas de governo; II – estabelecimento e manutenção atualizada de um repositório nacional de “software” em saúde que inclua componentes e aplicações de acesso público e irrestrito, em conformidade com padrões e protocolos de funcionalidade, interoperabilidade e segurança; III – promoção de estratégias e mecanismos para a redução do número de sistemas de informação em saúde existentes ou sua simplificação e para a qualificação da produção da informação em saúde; IV – promoção da disseminação e publicização de dados e informação em saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, de profissionais, de gestores, de prestadores de serviços e do controle social, quanto às necessidades de intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa; V – criação de mecanismos de articulação institucional com vistas à integração dos sistemas de informação em saúde; VI – estabelecimento de um padrão para e-Saúde que permita a construção do Registro Eletrônico de Saúde (RES) do cidadão por meio da identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde, padrões e protocolos de interoperabilidade eletrônica e/ou digital entre os equipamentos e sistemas; VII – estabelecimento de infraestrutura de telecomunicação adequada para a implantação do RES do cidadão; VIII – estímulo ao uso de telecomunicação na atenção à saúde, educação à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura

especializada, visando ampliar o potencial de resoluibilidade junto aos processos ligados à atenção à saúde; IX – estímulo ao uso de pesquisas amostrais e inquéritos periódicos para os casos em que não se justifique a coleta universal e contínua de dados, a fim de otimizar os custos e o trabalho rotineiro; X – divulgação das diversas ações científico-tecnológicas de produção de informação ligadas à atenção à saúde, utilizando-se diferentes veículos de comunicação em suas mais variadas formas e tecnologias; e XI – instituição e implementação da estratégia nacional de e-Saúde, com a organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), para orientar o conjunto de esforços e investimentos em informação e informática em saúde. Fonte: *caput do art. 6º do Anexo XLII da PRC GM/MS nº 2.*

Diretrizes Relacionadas à Formação Permanente de Pessoal na Área de Informação e Informática em Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), são relacionadas a: I – promoção da formação, da qualificação e da educação permanente dos trabalhadores e dos gestores de saúde para uso da informação e informática em saúde; II – promoção da articulação entre os Ministérios da Saúde, da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações e da Educação com vistas à inclusão de conteúdos relacionados à área de informação e informática em saúde nos cursos de graduação e pós-graduação; e III – incentivo ao desenvolvimento de programas específicos para a formação em educação permanente na área de saúde, a fim de ampliar e qualificar a produção e utilização da informação e informática em saúde. Fonte: *caput do art. 8º do Anexo XLII da PRC GM/MS nº 2.*

Diretrizes Relacionadas à Gestão da PNIIS

1. No âmbito da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), suas diretrizes são: I – incentivo à qualificação dos processos de trabalho em saúde, considerando-os atividades de gestão do sistema de saúde e de gestão do cuidado; II – implementação de soluções de tecnologia de informação e comunicação que possibilitem a melhoria na organização do processo de trabalho em saúde; III – fomento ao desenvolvimento de profissionais na área de informação e informática em saúde; IV – incentivo por meio de certificação digital e/ou sistemas biométricos à implementação de mecanismos de segurança de acesso aos sistemas, dados e informações de saúde que garantam a sua autenticidade e integridade dos dados e informações

de saúde; V – dotação da área de saúde de instrumentos legais, normativos e organizacionais, relacionados à questão da segurança e da confidencialidade da informação; VI – definição de linhas de financiamento, investimento e custeio para o desenvolvimento de projetos de tecnologia da informação em saúde; VII – implementação de ações e mecanismos de regulação para o complexo produtivo de tecnologia da informação em saúde; VIII – adoção de ações referentes à implementação da PNIIS no processo de planejamento regional integrado, a fim de fortalecer a articulação interfederativa no âmbito da saúde em território nacional; IX – garantia de desenvolvimento e implantação de sistemas de informação em saúde de base nacional ou estadual mediante prévia pactuação nas respectivas comissões intergestores; X – estabelecimento de política de controle de acesso autorizado aos bancos de dados dos sistemas de informação em saúde pelo cidadão e pelos gestores de saúde; e XI – promoção do uso de soluções de tecnologia de informação e comunicação (TICs) que possibilitem aos Conselhos de Saúde a sistematização de informações e a agilidade no acompanhamento das ações em saúde e da participação da comunidade. Fonte: *caput do art. 7º do Anexo XLII da PRC GM/MS nº 2.*

Ver também: Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).

Diretrizes Relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov)

1. No âmbito da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), são relacionadas a: I – implementação da PNIIS conforme as diretrizes da Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov); II – promoção da articulação intersetorial visando melhorar a capacidade de produção de “software” como bem público, no interesse da área da saúde; III – promoção da articulação entre os Ministérios da Saúde, da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações com vistas à implantação da infraestrutura necessária à área de informação e informática em saúde; IV – fomento ao desenvolvimento de metodologias e ferramentas científicas e tecnológicas para a gestão, qualificação e uso da informação em saúde; e V – qualificação dos processos de trabalho em saúde, considerando as atividades de gestão do sistema de saúde e de gestão do cuidado. Fonte: *caput do art. 5º do Anexo XLII da PRC GM/MS nº 2.*

Diretriz Terapêutica

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, recomendação desenvolvida de modo sistemático para auxiliar os profissionais de saúde e usuários no momento da tomada de decisões acerca de circunstâncias clínicas específicas. Fonte: *inciso VII do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Dispensação

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos. Fonte: *Anexo I do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Disponibilidade

1. No âmbito de organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, diz respeito à obtenção da atenção necessária o usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Ver também: Acesso.

Disponibilidade de Recursos

1. No âmbito de organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, recursos escassos, sejam humanos ou físicos, devem ser concentrados, ao contrário dos menos escassos, que devem ser desconcentrados. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Disponibilização dos Tecidos Músculoesqueléticos em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos

1. No âmbito dos Bancos de Tecido Musculoesquelético, deve existir no programa de controle de qualidade um passo que assegure e comprove nos registros a ausência de patógenos nos tecidos processados e embalados previamente à sua liberação. Os tecidos músculoesqueléticos e seus derivados serão distribuídos para transplante somente com solicitação documen-

tada do profissional transplantador autorizado pela Coordenação do SNT, que contenha informações sobre o receptor (nome completo, sexo, nome da mãe, endereço, data do nascimento, CPF) e informações sobre o profissional transplantador (nome completo, especialidade, endereço e telefone de contato), características e quantidade de tecido, indicação terapêutica e procedimento a ser realizado, local onde será realizado o procedimento e data prevista. Fonte: Anexo 5 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Disponibilização do Tecido em Banco de Tecido Cardiovascular

1. Os tecidos e seus derivados serão distribuídos para transplante somente com solicitação documentada do profissional transplantador que esteja autorizado pela Coordenação do SNT, que contenha informações sobre o receptor (nome completo, sexo, nome da mãe, endereço, data do nascimento, CPF e informações sobre o profissional transplantador (nome completo, especialidade, endereço e telefone de contato), características e quantidade de tecido, indicação terapêutica e procedimento a ser realizado, local onde será realizado o procedimento e data prevista). Fonte: Anexo 7 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Disponibilização do Tecido Ocular em Banco de Tecido Ocular

1. Os tecidos oculares liberados deverão ser disponibilizados a CNCDO para distribuição de acordo com os pacientes em lista de espera. As córneas ópticas somente serão fornecidas para pesquisa se não houver demanda assistencial pela córnea ou dentro das especificações já citadas para Bancos de Tecidos em geral, conforme descrito acima. As córneas tectônicas com prazo de validade vencidos somente serão fornecidas para ensino e treinamento com solicitação documentada da instituição que as utilizará, devendo uma cópia ser encaminhada para o Banco e para a CNDO, contendo os dados (nome da instituição, CGC, endereço e telefone), as características e a quantidade do tecido solicitado, a data prevista para utilização dos tecidos e a declaração do responsável reconhecendo que esses tecidos não serão utilizados com finalidade terapêutica em humanos. Fonte: Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Distribuição e Dispensação

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos e considerando as Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais, a implantação de um sistema racional de distribuição de medicamentos e de outros produtos para a saúde deve ser priorizada pelo estabelecimento de saúde e pelo farmacêutico, de forma a buscar processos que garantam a segurança do paciente, a orientação necessária ao uso racional do medicamento, sendo recomendada a adoção do sistema individual ou unitário de dispensação. No contexto da segurança, a avaliação farmacêutica das prescrições, deve priorizar aquelas que contenham antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos, observando concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação. Com base nos dados da prescrição, devem ser registrados os cálculos necessários ao atendimento da mesma, ou à manipulação da formulação prescrita, observando a aplicação dos fatores de conversão, correção e equivalência, quando aplicável, sendo apostos e assinado pelo farmacêutico. Fonte: Anexo 2 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Distrito Sanitário Especial Indígena

1. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, compete: a) organizar suas redes de serviços de atenção básica de forma a promover o acesso dos povos indígenas aos medicamentos; e b) definir procedimentos de referência e contra referência com a rede de serviços do SUS para promover o acesso aos medicamentos que não estejam padronizados no componente básico da assistência farmacêutica do Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena vigente, com o objetivo de possibilitar os atendimentos de média e alta complexidade aos povos indígenas. Fonte: inciso II do caput do art. 19 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.

2. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado –, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias

à prestação da assistência, com controle social. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.

3. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, tem como competência: I – planejar, coordenar, e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do distrito sanitário especial indígena; II – executar o fluxo de referência e contra referência de pacientes no distrito sanitário a serviços de média e alta complexidade; III – acompanhar e avaliar todas as ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência com base em indicadores de saúde e desempenho; IV – avaliar e controlar a qualidade da assistência prestada em seu território de abrangência; V – alimentar os sistemas de informação da saúde indígena e consolidar as informações epidemiológicas e de saúde referentes à sua área de abrangência; VI – propor e executar programas e ações emergenciais, fundamentados em dados epidemiológicos; VII – assegurar as condições para a implantação e implementação do Conselho locais de saúde indígena; VIII – articular as práticas de Saúde Indígena com a medicina tradicional, respeitando as características culturais indígenas; IX – executar em conjunto com o Setor de Engenharia e Saúde Pública o Saneamento e a Vigilância Ambiental; X – executar em conjunto com Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde as ações de educação em saúde; XI – fortalecer o controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena; XII – o chefe do DSEI é a autoridade sanitária responsável pela saúde na área de abrangência do Distrito; e XIII – executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA. Fonte: *caput do art. 6º do Anexo 2 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

4. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, espaço territorial, etnocultural e populacional, onde vive povo indígena e é desenvolvida ação de atenção básica de saúde indígena e saneamento básico, respeitando os saberes e as práticas de saúde indígena tradicionais, mediante a organização da rede de atenção integral, hierarquizada e articulada com o SUS, dentro de determinada área geográfica sob sua responsabilidade, podendo abranger mais de um Município e/ou um Estado. Fonte: *caput do art. 58 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

DLOG/SE/MS ver Departamento de Logística em Saúde

DML ver Depósito de Material de Limpeza

DO ver Declaração de Óbito

Doação [Pronon e Pronas/PCD]

1. No âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon), poderão assumir as seguintes espécies de atos gratuitos: I – transferência de quantias em dinheiro; II – transferência de bens móveis ou imóveis; III – comodato ou cessão de uso de bens imóveis ou equipamentos; IV – realização de despesas com reformas; e V – fornecimento de medicamentos, kits diagnósticos, materiais médico-hospitalares, órteses, próteses e outros produtos para a saúde. As doações captadas pelas instituições no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD são recursos públicos e estão sujeitas a acompanhamento, prestação de contas e avaliação técnica. Fonte: *caput do art. 57 do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Doação Autóloga [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, doação do próprio paciente para seu uso exclusivo. Fonte: *inciso VII do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Doação de Reposição [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, doação advinda do indivíduo que doa para atender à necessidade de um paciente, feitas por pessoas motivadas pelo próprio serviço, família ou amigos dos receptores de sangue para repor o estoque de componentes sanguíneos do serviço de hemoterapia. Fonte: *inciso VIII do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Doação de Sangue

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, é aquela que deve ser voluntária, anônima e altruísta, não devendo o doador, de forma direta ou indireta, receber qualquer remuneração ou benefício em virtude da sua realização. Fonte: *caput do art. 30 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Doação Espontânea [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, doação feita por pessoas motivadas para manter o estoque de sangue do serviço de hemoterapia, decorrente de um ato de altruísmo, sem identificação do nome do possível receptor. Fonte: *inciso IX do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Doador

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), a pessoa física ou jurídica que financiará projetos e que obterá benefício de renúncia fiscal. Fonte: *inciso VI do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Doador (Órgãos e Tecidos) ver Potencial Doador

Doador Apto [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, doador cujos dados pessoais, condições clínicas, laboratoriais e epidemiológicas se encontram em conformidade com os critérios de aceitação vigentes para doação de sangue. Fonte: *inciso X do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Doador Associado com TRALI [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, doador cujo componente sanguíneo foi transfundido durante as 6 (seis) horas precedentes à primeira manifestação clínica de TRALI. Fonte: *inciso XI do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Doador de Primeira Vez [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, indivíduo que doa pela primeira vez naquele serviço de hemoterapia. Fonte: *inciso XII do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Doador de Repetição [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, doador que realiza 2 (duas) ou mais doações no período de 12 (doze) meses. Fonte: *inciso XIII do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Dadores com Critérios Expandidos de Rim

1. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, são aqueles classificados segundo a organização : I – doadores com critérios expandidos quanto à função: a) doadores com mais de 60 anos, ou doadores entre 50 e 59 anos com 2 dos 3 critérios:
 1. hipertensão;
 2. nível de creatinina superior a 1,5 mg/dL ou depuração de creatinina estimada - DCE (Cockcroft/Gault) entre 50 e 70 mL/min/m² no início do atendimento;
 3. acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico como causa de morte;b) doador falecido pediátrico com peso menor ou igual 15 kg ou idade menor que ou igual a 3 anos, que deve ser considerado para transplante de rins em bloco; II – doadores com critérios expandidos quanto ao potencial de transmissão de doenças: a) hepatite B: rins de doadores com anti-HBc total (+) positivo isolado, HBsAg e Anti-HBs (-) negativo poderão ser oferecidos para potenciais receptores Anti-HBs positivo (+) ou HBsAg positivo (+) e a Rins de doadores HBsAg positivo (+) poderão, a critério da equipe de transplante, ser oferecidos para potenciais receptores Anti-Hbs positivo (+) ou HBsAg positivo (+);b) hepatite C: rins de doadores HCV positivo (+) somente poderão ser oferecidos para potenciais receptores com HCV positivo(+); e III – doadores com critérios expandidos quanto a outras situações: a) rins com anomalias anatômicas/histológicas. Fonte: *parágrafo 2º do art. 59 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Doador Esporádico [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, doador que repete a doação após intervalo superior a 12 (doze) meses da última doação. Fonte: *inciso XIV do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Doador Implicado em TRALI [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, doador no qual são encontrados anti-

corpos anti-HLA classe I ou II ou anti-HNA ou ambos, sendo que este anticorpo deve ter especificidade para um antígeno presente nos leucócitos do receptor ou deve haver uma reação positiva entre o soro do doador e os leucócitos do receptor (prova cruzada positiva). Fonte: *inciso XV do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Doador Inapto Definitivo [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, doador que nunca poderá doar sangue para outra pessoa, podendo, em alguns casos, realizar doação autóloga. Fonte: *inciso XVI do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Doador Inapto por Tempo Indeterminado [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, doador que se encontra impedido de doar sangue para outra pessoa por um período indefinido de tempo segundo as normas regulatórias vigentes, mas apto a realizar doação autóloga. Fonte: *inciso XVII do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Doador Inapto Temporário [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, doador que se encontra impedido de doar sangue para outra pessoa por determinado período de tempo, podendo realizar doação autóloga quando possível e necessário. Fonte: *inciso XVIII do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Doador Inapto Definitivo [Procedimentos Hemoterápicos] e Doador Inapto por Tempo Indeterminado [Procedimentos Hemoterápicos].

Doador Potencial ver Potencial Doador

Documento Descritivo

1. No âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), Documento Descritivo é o instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de assistência à saúde com as respectivas metas qualitativas e quantitativas, identificando, quando couber, metas relacionadas à gestão,

avaliação, ensino e pesquisa, anexado ou parte integrante do termo contratual ou contrato, no âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Fonte: *inciso XI do caput do art. 129 da PRC GM/MS nº 1.*

2. No âmbito das diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), Documento Descritivo é o instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa de acordo com o estabelecido neste Anexo, acrescido das especificidades locais e anexo ao termo do instrumento formal de contratualização. Fonte: *caput do art. 25 do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Documento Eletrônico

1. No âmbito do Processo Eletrônico de Compras (PEC), é o documento produzido sob a forma de arquivo eletrônico, inclusive aquele resultante de processo de digitalização. Fonte: *inciso II do caput do art. 486 da PRC GM/MS nº 1.*

Documento Fiscal [Programa Farmácia Popular do Brasil]

1. No âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), o documento de emissão obrigatória que comprova a venda de mercadoria ou a prestação de serviços de acordo com a legislação vigente. Fonte: *inciso III do caput do art. 3º do Anexo LXXVII da PRC GM/MS nº 5.*

Documento Oficial com Fotografia [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, diz respeito à Carteira de Identidade, Carteira Nacional de Habilitação, Carteira de Trabalho, Passaporte, Registro Nacional de Estrangeiro, Certificado de Reservista e Carteira Profissional emitida por classe, sendo aceitas photocópias autenticadas desde que as fotos e inscrições estejam legíveis e as imagens permitam a identificação do portador. Fonte: *inciso XIX do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Doença

1. No âmbito da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos. Fonte: *inciso III do caput do art. 2º do Anexo V da PRC GM/MS nº 4.*

Doença Celíaca

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), doença de caráter crônico causada pela intolerância permanente ao glúten, principal fração proteica presente no trigo, no centeio, na cevada e na aveia, que se expressa por enteropatia mediada por linfócitos T em indivíduos geneticamente predispostos, gerando uma redução na absorção dos nutrientes ingeridos. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Doença Crônica

1. No âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, doença que apresenta início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresenta múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Doença Crônico Degenerativa

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, doença que apresenta evolução de longa duração, acompanhada de alterações degenerativas em tecidos do corpo humano. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Doença do Trabalho [Agravio a Saúde Relacionado ao Trabalho]

1. No âmbito do Preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em Casos de Quadro Compatível com Causas Externas e com Doenças e Acidentes Relacionados ao Trabalho, consideram-se como acidente do trabalho, adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente. Fonte: *Anexo XLIX da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Doença Profissional [Agravio a Saúde Relacionado ao Trabalho], Agente Causador [Agravio a Saúde Relacionado ao Trabalho] e Acidente Ligado ao Trabalho [Agravio a Saúde Relacionado ao Trabalho].

Doença Prevalente

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, doença com maior número de casos existentes em função da população de uma região geográfica determinada. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Doença Profissional [Agravio a Saúde Relacionado ao Trabalho]

1. No âmbito do Preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em Casos de Quadro Compatível com Causas Externas e com Doenças e Acidentes Relacionados ao Trabalho, consideram-se como acidente do trabalho, produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Fonte: *Anexo XLIX da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Agente Causador [Agravio a Saúde Relacionado ao Trabalho] e Acidente Ligado ao Trabalho [Agravio a Saúde Relacionado ao Trabalho].

Doença Rara

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas para cada 2.000 indivíduos. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

DSAST/SVS/MS ver Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

DSS ver Determinantes Sociais da Saúde

Letra E

EAAB ver Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

eAB ver Equipe de Atenção Básica

EABF ic ver Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família com Informatização e Conectividade

eABP ver Equipe de Atenção Básica Prisional

EACS ver Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

EAP ver Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei

Educação e Formação

1. No âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, educação e formação são parte dos eixos operacionais da PNPS representando o incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos. Fonte: *inciso VI do caput do art. 9º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Educação na Saúde

1. No âmbito do Componente de Qualificação da Gestão, no Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, tem como objetivo: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e Formação de Profissionais de Nível Técnico. Fonte: *Anexo II da PRC GM/MS nº 6.*

Educação Permanente

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), revela-se como a principal estratégia para qualificar as práticas de cuidado, gestão e participação popular. Deve embasar-se num processo pedagógico que parte do cotidiano do trabalho envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimentos, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional

de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), a proposta político-pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em constante análise, construindo espaços coletivos para a reflexão e avaliação dos atos produzidos no cotidiano, de forma que o objeto de transformação é o sujeito no processo de trabalho, orientado para melhoria da qualidade da atenção à saúde, voltada a transformar e qualificar o trabalhador da saúde, e que engloba o aperfeiçoamento, a capacitação e o treinamento. Fonte: *inciso VII do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

3. No âmbito de Operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica, é a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multi-profissional, bem como os gestores. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*
4. No âmbito das Diretrizes Operacionais para a Constituição e Funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço, é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Fonte: *Anexo LXXXV da PRC GM/MS nº 6.*

Educação Popular em Saúde

1. No âmbito da Lei Federal nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, as práticas político-pedagógicas que decorrem das ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, estimulando o autocuidado, a prevenção de doenças e a promoção da saúde individual e coletiva a partir do diálogo sobre a diversidade de saberes culturais, sociais e científicos e a valorização dos saberes populares, com vistas à ampliação da participação popular no SUS e ao fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores da saúde e os usuários do SUS. Fonte: parágrafo 1º do art. 3º da Lei FED 11350 de 05/10/2006.

Educação Profissional [Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS)]

1. No âmbito do Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), desenvolvida por meio de cursos e programas de formação inicial e continuada de trabalhadores, incluídos a capacitação, o aperfeiçoamento, a especialização e a atualização em todos os níveis de escolaridade, e a educação profissional técnica de nível médio desenvolvida, de forma articulada, com o ensino médio. Fonte: parágrafo 1º do art. 716 da PRC GM/MS nº 5.

Efeitos Agudos [Trabalhadores Expostos ao Benzeno]

1. No âmbito das Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores expostos ao Benzeno, o benzeno é um irritante moderado das mucosas e sua aspiração em altas concentrações pode provocar edema pulmonar. Os vapores são, também, irritantes para as mucosas oculares e respiratórias. Fonte: Anexo LXVIII da PRC GM/MS nº 5.

Efeitos Crônicos: Principais Agravos À Saúde [Trabalhadores Expostos ao Benzeno]

1. No âmbito das Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores expostos ao Benzeno, são: I) Alterações Hematológicas: Vários tipos de alterações sanguíneas, isoladas ou associadas, estão relacionadas à exposição ao benzeno. Em virtude da lesão do tecido da medula óssea (local de produção de células sanguíneas), essas alterações correspondem, sobretudo, a hipoplasia, displasia e aplasia. II) O aparecimento de macrocitose, pontilhado basófilo, hiposegmentação dos neutrófilos (pseudo Pelger), eosinofilia, linfocitopenia e macropla-

quetas são alterações precocemente apreciadas na toxicidade benzênica. III) A hipoplasia da medula óssea pode ocasionar, no sangue periférico, citopenia(s). A leucopenia com neutropenia corresponde à principal repercussão hematológica da hipoplasia secundária ao benzeno e, em menor freqüência, à plaquetopenia isolada ou associada à neutropenia. Estudos realizados em medula óssea de trabalhadores com benzenismo evidenciaram a relação entre a neutropenia periférica e a hipoplasia granulocítica, numa mediana de quatro anos de exposição. Estudo posterior, realizado com a mesma coorte de pacientes, após o afastamento da exposição, demonstrou um tempo médio de 5 anos para a recuperação hematológica periférica. IV) A aplasia da medula óssea, que corresponde à depressão de todas as linhagens hematológicas, expressa-se no sangue periférico através de pancitopenia (leucopenia, plaquetopenia e anemia). V) O caráter leucemogênico do benzeno é amplamente reconhecido. As transformações leucêmicas, precedidas ou não por alterações mielodisplásicas, são objeto de diversas publicações, sendo a leucemia mielóide aguda, entre todas, a mais freqüente. Outras variantes são também descritas. VI) Além de leucemogênica, a toxicidade por benzeno está também relacionada ao surgimento de outras formas de doenças oncohematológicas, como linfoma não-Hodgkin, mieloma múltiplo e mielofibrose, embora em menor freqüência. VII) Alterações Neuro-Psicológicas e Neurológicas: São observadas alterações como: atenção, percepção, memória, habilidade motora, viso-espacial, viso-construtiva, função executiva, raciocínio lógico, linguagem, aprendizagem e humor. VIII) Além dessas disfunções cognitivas, surgem outras alterações como: astenia, cefaléia, depressão, insônia, agitação e alterações de comportamento. IX) São também descritos quadros de polineuropatias periféricas e mielites transversas. X) No sistema auditivo podem aparecer alterações periféricas como centrais, podendo ser observadas: perdas auditivas neurosensoriais, zumbidos, vertigens e dificuldades no processamento auditivo. XI) Outras Alterações: Foram observadas alterações cromossômicas numéricas e estruturais em linfócitos e células da medula óssea de trabalhadores expostos ao benzeno. É possível fazer avaliação de danos cromossomais através de técnicas citogenéticas. XIII) Podem ocorrer alterações dermatológicas tais como eritema e dermatite irritativa de contato por exposições ocupacionais repetidas e prolongadas ao benzeno. XIV) Outras formas de câncer podem ser observadas devido a associação da exposição do benzeno com gás de coqueria e de vazamentos em indústrias que manipulam correntes de naftas ou

produtos petroquímicos. Fonte: *Anexo LXVIII da PRC GM/MS nº 5*.

Eficácia do Medicamento

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, capacidade de o medicamento atingir o efeito terapêutico visado. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2*.

e-Gov ver Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov)

Egresso de Internação Psiquiátrica

1. Todas as pessoas portadoras de transtorno mental que estejam comprovadamente internadas em hospital psiquiátrico por período ininterrupto igual ou superior a dois anos, as quais deverão estar incluídas no Cadastro de Beneficiários Potenciais do Programa “De Volta Para Casa”. Fonte: *caput do art. 48 da PRC GM/MS nº 5*.

Eixo Cuidado [Programa QUALIFAR-SUS]

1. Deve inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas visando a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia. Fonte: *inciso IV do caput do art. 577 da PRC GM/MS nº 5*.

Eixo do Sistema de Informação

1. No âmbito das Diretrizes da Assistência Farmacêutica no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), é adotado um sistema que permita o planejamento, o acompanhamento da aplicação dos recursos financeiros, o controle e avaliação, além de estabelecer o perfil de prescrição e de dispensação de medicamentos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), e que tenha as seguintes funcionalidades, dentre outras: I – controle de estoque; II – a rastreabilidade dos medicamentos distribuídos, dispensados e remanejados; e III – possibilitar as dispensações, o conhecimento do perfil de consumo, o acompanhamento do uso dos medicamentos e, ainda, a geração de dados para o desenvolvimento de indicadores de assistência farmacêutica para auxiliar no planejamento, avaliação e monitoramento das ações nessa área. Fonte: *caput do art. 22 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4*.

Eixo Educação [Programa QUALIFAR-SUS]

1. Deve promover a educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde para qualificação das ações da Assistência Farmacêutica voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais no contexto das Redes de Atenção à Saúde. Fonte: *inciso II do caput do art. 577 da PRC GM/MS nº 5*.

Eixo Estratégico da Formação, Comunicação e Produção do Conhecimento

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, é aquele que compreende a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS. Fonte: *parágrafo 2º do art. 4º do Anexo V da PRC GM/MS nº 2*.

Eixo Estratégico da Intersetorialidade e Diálogos Multiculturais

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, é aquele que tem por objeto promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações integrais e integralizadoras. Fonte: *parágrafo 4º do art. 4º do Anexo V da PRC GM/MS nº 2*.

Eixo Estratégico de Participação, Controle Social e Gestão Participativa

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, é aquele que tem por objeto fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas. Fonte: *parágrafo 1º do art. 4º do Anexo V da PRC GM/MS nº 2*.

Eixo Estratégico do Cuidado em Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, é

aquele que tem por objeto fortalecer as práticas populares de cuidado, o que implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como de aprimorar sua articulação com o SUS. Fonte: parágrafo 3º do art. 4º do Anexo V da PRC GM/MS nº 2.

Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB

1. É composto pelos seguintes elementos: I – autoavaliação, a ser feita pela equipe de saúde da atenção básica a partir de instrumentos oferecidos pelo PMAQ-AB ou outros definidos e pactuados pelo Estado, Distrito Federal, Município ou Região de Saúde; II – monitoramento, a ser realizado pelas equipes de saúde da atenção básica, pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Ministério da Saúde em parceria com as Comissões Intergestores Regionais (CIR), a partir dos indicadores de saúde contratualizados na Fase 1 do PMAQ-AB; III – educação permanente, por meio de ações dos gestores municipais, do Distrito Federal, estaduais e federal, considerando-se as necessidades de educação permanente das equipes; IV – apoio institucional, a partir de estratégia de suporte às equipes de saúde da atenção básica pelos Municípios e à gestão municipal pelas Secretarias de Estado da Saúde e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS); e V – cooperação horizontal presencial e/ou virtual, que deverá ocorrer entre equipes de atenção básica e entre gestores, com o intuito de permitir a troca de experiências e práticas promotoras de melhoria da qualidade da atenção básica. Fonte: caput do art. 512 da PRC GM/MS nº 5.

Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-CEO

1. Composto pelos seguintes elementos: I – autoavaliação, a ser feita pela equipe do CEO a partir de instrumentos oferecidos pelo PMAQ-CEO ou outros definidos e pactuados pelo município, Distrito Federal, estado ou Região de Saúde; II – monitoramento, a ser realizado pela equipe do CEO, pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Ministério da Saúde em parceria com as CIR, a partir dos indicadores de saúde contratualizados na Fase 1 do PMAQ-CEO; III – educação permanente, por meio de ações dos gestores municipais, do Distrito Federal,

estaduais e federal, considerando-se as necessidades de educação permanente das equipes dos CEO; IV – apoio institucional, a partir de estratégia de suporte aos CEO pelos gestores municipais e à gestão municipal pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES), Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), CIR, CIB e Ministério da Saúde (MS); e V – cooperação horizontal (presencial e/ou virtual), que deverá ocorrer entre equipes do CEO e entre gestores, com o intuito de permitir a troca de experiências e práticas promotoras de melhoria da qualidade da atenção especializada em saúde bucal. Fonte: caput do art. 593 da PRC GM/MS nº 5.

Eixo Estrutura [Programa QUALIFAR-SUS]

1. Deve contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos. Fonte: inciso I do caput do art. 577 da PRC GM/MS nº 5.

Eixo Informação [Programa QUALIFAR-SUS]

1. Deve produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da Assistência Farmacêutica. Fonte: inciso III do caput do art. 577 da PRC GM/MS nº 5.

Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena

1. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, instrumento norteador da terapêutica medicamentosa no SASISUS. A seleção de medicamentos que comporão o Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena será baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, visando assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos, com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar os processos de aquisição e formulação de políticas farmacêuticas; Integrarão o Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena aqueles medicamentos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população indígena, segundo a situação epidemiológica da comunidade; Os medicamentos que compõem o Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena deverão estar contemplados no Componente Básico da Relação Nacional de Medicamentos (RENAM) vigente; A assis-

tência farmacêutica do nível central se baseará no Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena para elaborar os processos de aquisição centralizados da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Fonte: *caput do art. 26 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

EM ver Evento de Massa

Emancipação

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento. Fonte: *parágrafo 5º do art. 3º do Anexo V da PRC GM/MS nº 2.*

Embalagem Pós-Captação em Banco de Tecido Cardiovascular

1. Os tecidos devem ser acondicionados imediatamente em embalagem tripla impermeável, que não ofereça risco de citotoxicidade ou liberação de pirogênicos para o produto, hermeticamente fechada uma a uma, sendo que a primária pode conter a solução estéril de transporte. As embalagens devem ser estéreis e resistir às temperaturas às quais serão submetidas. Fonte: *Anexo 7 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Embalagem Pós-Retirada em Banco de Pele

1. A pele deve ser acondicionada imediatamente em embalagem dupla, impermeável, que não ofereça risco de citotoxicidade ou liberação de pirogênicos para o produto, hermeticamente fechada uma a uma, sendo que a primária pode conter a solução estéril de transporte. As embalagens primária e secundária devem ser estéreis e resistir às temperaturas às quais serão submetidas. Cada unidade embalada deve estar identificada com etiqueta irretocável contendo o número de identificação conferido ao doador, único, e emitido pelo BP, e a identificação do tecido. Fonte: *Anexo 6 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Embalagem Pós-Retirada em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos

1. Os tecidos devem ser acondicionados imediatamente em embalagem plástica tripla, impermeável, que não

ofereça risco de citotoxicidade ou liberação de pirogênicos para o produto, hermeticamente seladas uma a uma, que suportem ultracongelamento e esterilização e que sejam registrados ou autorizados pela ANVISA. Os tecidos a serem refrigerados devem ser acondicionados imediatamente em recipientes duplos contendo solução salina fisiológica ou nutritiva e de antibióticos. Cada unidade embalada deve estar identificada com etiqueta irretocável contendo o número de identificação conferido ao doador, único, e emitido pelo BTME, e a identificação do tecido, data de retirada e data de validade. Fonte: *Anexo 5 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Emergência em Saúde Pública

1. Situação que demanda o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública. Fonte: *inciso V do caput do art. 6º da Resolução MS 588 de 12/07/2018.*

Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) (ESPIN)

1. No âmbito da Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública. Fonte: *inciso I do caput do art. 23 da PRC GM/MS nº 1.*
2. A Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) será declarada por ato do Ministro de Estado da Saúde nas seguintes situações: I – em caso de situação epidemiológica que requeira a adoção de medidas para, dentre outras finalidades, interromper a propagação ou disseminação de doenças ou agravos, após análise de requerimento do Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, que será instruído com as seguintes informações: a) relatório técnico sobre risco de propagação de doença ou agravos de saúde, inclusive com análise das informações obtidas sobre a ocorrência; b) nível de gravidade da emergência em saúde pública ou a sua natureza incomum ou inesperada com indicação do potencial de propagação; c) níveis de morbidade, letalidade e de contaminação que ocorreram ou que possam ocorrer em determinada localidade; e d) descrição dos aspectos ambientais do evento, caso se aplique, e outras informações e dados técnicos pertinentes, conforme o caso. II – em caso de desastre, após análise de requerimento do Ministério da Integração Nacional,

que será instruído com as seguintes informações: a) ato de reconhecimento da situação de emergência ou estado de calamidade pelo Ministro de Estado da Integração Nacional; b) termo de motivação, com as seguintes informações: 1. tipo do desastre, de acordo com a codificação de desastres, ameaças e riscos definida pelo Ministério da Integração Nacional; 2. data e local do desastre; 3. descrição da área afetada, das causas e dos efeitos do desastre; 4. estimativa de danos humanos, materiais, ambientais e dos serviços essenciais de saúde prejudicados; 5. medidas e ações em curso; 6. informações sobre capacidade de atuação e recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros a serem empregados pelos entes federados envolvidos para o restabelecimento da normalidade; e 7. outras informações disponíveis acerca do desastre e seus efeitos; III – em caso de desassistência à população, após parecer favorável do Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde em requerimento do Poder Executivo do estado, do Distrito Federal ou do município afetado, que será instruído com as seguintes informações: a) ato do ente federado que decretou a situação de emergência ou o estado de calamidade pública local; b) termo de motivação, com as seguintes informações: 1. tipo de desassistência por especialidade, conforme o disposto na Renases; 2. data e local da desassistência; 3. descrição da área afetada, das causas e dos efeitos da desassistência; 4. estimativa dos danos humanos, materiais, ambientais e dos serviços essenciais de saúde prejudicados; 5. medidas e ações em curso; 6. informações sobre capacidade de atuação e recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros a serem empregados pelo ente federado requerente para o restabelecimento da normalidade; e 7. outras informações disponíveis acerca da desassistência e seus efeitos. Fonte: *caput do art. 24 da PRC GM/MS nº 1.*

Empoderamento

1. No âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, o empoderamento é um dos seus princípios e refere-se ao processo e intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais. Fonte: *inciso IV do caput do art. 4º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Encaminhamento Responsável na Gestão de Alto Risco

1. No âmbito das Diretrizes de Organização da Atenção à Saúde na Gestão de Alto Risco da Rede Cegonha,

processo pelo qual a gestante de alto risco é encaminhada a um serviço de referência, tendo o cuidado garantido no estabelecimento de origem até o momento do encaminhamento, com o trânsito facilitado entre os serviços de saúde de forma a ter assegurado o atendimento adequado. Fonte: *inciso VI do caput do art. 37 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

Enfermaria

1. No âmbito de normas gerais de credenciamento e habilitação do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, no que tange aos leitos adaptados para obesos, é o ambiente composto por: a) 01 (uma) balança antropométrica com capacidade mínima para peso maior que 230 kg; b) 02 (dois) aparelhos de pressão com manguito especial; c) Pelo menos 02 (dois) leitos com as seguintes especificações: Cama hospitalar do tipo Fowler especial, acionável por controle eletrônico, para obesos, com capacidade para pacientes com peso maior que 230 kg (acionável por controle eletrônico), movimento de Trendelenburg (acionável por meio de motor ou por manivela) e colchão de alta densidade; d) 02 (duas) poltronas com capacidade para pacientes com peso maior que 230 kg; e) 01 (uma) cadeira de rodas específica para indivíduos obesos com capacidade para pacientes com peso maior que 230 kg; f) 01 (uma) maca de transporte com cilindro de oxigênio que suporte paciente com mais 230kg; e g) roupa específica, tais como camisolas e pijamas, adequados para indivíduos obesos. Fonte: *Anexo 4 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Enfrentamento do Uso Abusivo de Álcool e Outras Drogas

1. No âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, é um dos seus temas prioritários e compreende promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas, com a corresponsabilização e autonomia da população, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais. Fonte: *inciso V do caput do art. 10 do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Enfrentamento do Uso do Tabaco e de Seus Derivados

1. No âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, é um dos seus temas prioritários e compreende promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco, incluindo ações educativas,

legislativas, econômicas, ambientais, culturais e socias. Fonte: *inciso IV do caput do art. 10 do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

fotométricas, colorimétricas e outras técnicas usualmente utilizadas em análises bioquímicas usuais. Fonte: *Anexo 3 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

Ensaio Clínico ver Pesquisa Clínica

Ensaios Enzimáticos em Eritrócitos para Diagnóstico de Erros Inatos do Metabolismo

1. No âmbito dos Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, consiste de análise bioquímica realizada em coleta em sangue total, separando-se os eritrócitos. A técnica utilizada é, geralmente, fluorimétrica, podendo ainda ser espectrofotométrica ou colorimétrica. Auxilia no diagnóstico de galactosemia, podendo-se dosar tanto a galactose-1-fosfato, quanto a galactose total, além de se fazer o ensaio bioquímico para análise da atividade enzimática da galactose-1-fosfato uridil transferase. Fonte: *Anexo 3 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

Entidade Privada

1. No âmbito das Diretrizes e os Critérios para a Definição da Lista de Produtos Estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), a pessoa jurídica de direito privado, não integrante da Administração Pública, Direta ou Indireta, que seja detentora, desenvolvedora, possua licença da tecnologia a ser transferida ou que seja responsável pela produção de uma etapa da cadeia produtiva no País. Fonte: *inciso VI do caput do art. 2º do Anexo XCV da PRC GM/MS nº 5.*

Entidades

1. São as instituições, unidades e/ou equipes especializadas cadastradas no SIG. Fonte: *inciso II do caput do art. 50 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Entidades Prestadoras de Serviço de Atenção em Regime Residencial

1. É aquela cujo funcionamento interno deve respeitar os seguintes requisitos mínimos: I – direito do usuário residente ao contato frequente, com visitas regulares, dos familiares desde o primeiro dia de permanência na entidade; II – estímulo a situações de convívio social entre os usuários residentes em atividades terapêuticas, de lazer, cultura, esporte, alimentação e outras, dentro e fora da entidade, sempre que possível; III – promoção de reuniões e assembleias com freqüência mínima semanal para que os usuários residentes e a equipe técnica possam discutir aspectos cotidianos do funcionamento da entidade; IV – promoção de atividades individuais e coletivas de orientação sobre prevenção do uso de álcool, crack e outras drogas, com base em dados técnicos e científicos, bem como sobre os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde; V – estímulo à participação dos usuários residentes nas ações propostas no Projeto Terapêutico Singular; VI – realização de reuniões de equipe com freqüência mínima semanal; VII – manutenção, pela equipe técnica da entidade, de registro escrito, individualizado e sistemático contendo os dados relevantes da permanência do usuário residente; e VIII – observância às disposições contidas na Resolução nº 63, de 25 de novembro de 2011, da ANVISA. Fonte: *caput do art. 8º do Anexo XCI da PRC GM/MS nº 6.*

Ensaios Enzimáticos em Tecido Cultivado para Diagnóstico de Erros Inatos do Metabolismo

1. No âmbito dos Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, consiste de uma análise bioquímica realizada em tecido cultivado, preferencialmente fibroblasto, coletado através de uma biópsia de pele e cultivado em meios específicos para o seu crescimento. As técnicas utilizadas são geralmente fluorimétricas, espectrofotométricas ou outras técnicas usualmente utilizadas em análises bioquímicas usuais. É útil para o diagnóstico de doenças lisossômicas. Fonte: *Anexo 3 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

Ensaios Enzimáticos no Plasma e Leucócitos para Diagnóstico de Erros Inatos do Metabolismo

1. No âmbito dos Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, consiste de análise bioquímica realizada em coleta em sangue total para medida da atividade enzimática em plasma, leucócitos ou tecido (fibroblasto, tecido hepático, medula óssea, etc.) a ser cultivado, em meios específicos para o seu crescimento. As técnicas utilizadas são geralmente bioquímicas, fluorimétricas, espectro-

Entrega/Dispensação de Medicamentos em Estabelecimento de Saúde

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, é o conjunto de ações relativas ao fornecimento de medicamentos diretamente ao paciente e a orientação para o seu uso racional, mediante apresentação de prescrição por profissional habilitado. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Envelhecimento

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, o envelhecimento é definido como: I – Envelhecimento Populacional: definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (Carvalho & Garcia, 2003). No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003). Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou nove vezes (Beltrão, Camarano e Kanso, 2004). Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também está envelhecendo (Camarano et al., 1999). II – Envelhecimento Ativo: envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002). Para tanto é importante entender que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo. III – Envelhecimento bem sucedido: pode ser entendido a partir de seus três componentes: (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c) engajamento social ativo com a vida (Kalache & Kickbush, 1997; Rowe & Kahn, 1997; Healthy People 2000). Fonte: Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.

Envelhecimento Ativo

1. Envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Fonte: Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.

Envelhecimento Bem Sucedido

1. É entendido a partir de seus três componentes: (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c) engajamento social ativo com a vida (Kalache & Kickbush, 1997; Rowe & Kahn, 1997; Healthy People 2000). Fonte: Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.

Envelhecimento Populacional

1. Definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (Carvalho & Garcia, 2003). Fonte: Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.

Epizootia

1. No âmbito da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública. Fonte: inciso IV do caput do art. 2º do Anexo V da PRC GM/MS nº 4.

Equidade

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIP-FA), promoção do direito à igualdade como princípio da justiça redistributiva e implica reconhecer necessidades especiais e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo. Fonte: inciso IX do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.

Equipamento Crítico [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, equipamento que pode afetar a qualidade dos produtos ou serviços críticos do serviço de hemoterapia. Fonte: inciso XX do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.

Equipe Básica de Reabilitação

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, equipe cuja composição é interdisciplinar – médico e enfermeiro – com a presença ou não

de equipe auxiliar treinada. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Equipe Complementar (Apoio Multiprofissional)

1. No âmbito de exigências gerais para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, é aquela que conta no estabelecimento, em caráter permanente, com: a) Equipe médica composta por: clínico geral, cardiologista, pneumologista, endocrinologista, angiologista/cirurgião vascular e cirurgião plástico; b) Anestesiologista; c) Enfermagem; d) Assistente Social, e e) Fisioterapeuta. Fonte: Anexo 4 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.

Equipe de Aeromédico

1. No âmbito de Rede de Atenção às Urgências, é aquela composta por no mínimo um médico e um enfermeiro. Fonte: inciso III do caput do art. 44 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório

1. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, é a equipe que oferece suporte clínico e apoio aos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Básica em saúde, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede. Fonte: alínea b do inciso II do caput do art. 6º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.

Equipe de Apoio Matricial

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, apoio especializado às equipes de referência nas dimensões assistencial (ação direta com os usuários) e técnico-pedagógico (ação de apoio educativo com e para a equipe). Para tanto, deve ocorrer a compreensão do que é conhecimento nuclear dos profissionais de apoio matricial e do que é conhecimento comum e compartilhável junto às equipes de referência. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Equipe de Atenção Básica (eAB)

1. No âmbito de Operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica, são consideradas equipes de Atenção Básica para Populações Específicas: 1) Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira: Considerando as especificidades locorregionais, os municípios da Amazônia Legal e Pantaneiras podem optar entre 2 (dois) arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do País: a) Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR): São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As eSFR são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita. b) Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): São equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial. 2) Equipe de Consultório na Rua (eCR): equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica. 3) Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP): São compostas por equipe multiprofissional que deve estar cadastrada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.

Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP)

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, é composta por equipe multiprofissional que deve estar cadastrada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.

Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), a EAP tem por objetivo apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS). São suas atribuições: I – realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições fundamentadas na Lei nº 10.216, de 2001, e nos princípios da PNAISP, orientando, sobretudo, a adoção de medidas terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS); II – identificar programas e serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania, necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e para a garantia da efetividade do PTS; III – estabelecer processos de comunicação com gestores e equipes de serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania e estabelecer dispositivos de gestão que viabilizem acesso e corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; IV – contribuir para a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, pelo beneficiário, em consonância com a justiça criminal, observando a regulação do sistema; V – acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo; VI – apoiar a capacitação dos profissionais da saúde, da justiça e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; e VII – contribuir para a realização da desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares, articulando-se às equipes da PNAISP, quando houver, e apoiando-se em dispositivos das redes de atenção à saúde, assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania.
- Fonte: caput do art. 19 do Anexo XVIII da PRC GM/MS nº 2.

Equipe de Consultório na Rua

1. No âmbito do regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, integra o componente atenção básica da Rede de Atenção Psi-

cossocial e desenvolve ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica. As eCR são multi-profissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. As atividades das eCR incluirão a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. As eCR desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. As eCR utilizarão, quando necessário, as instalações das UBS do território. Fonte: parágrafo único do art. 2º do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 2.

Equipe de Desinstitucionalização

1. No âmbito do Programa de Desinstitucionalização, a Equipe de Desinstitucionalização, é aquela a qual compete: I- apoiar as equipes profissionais de hospital psiquiátrico e realizar, quando necessária, a avaliação clínica, psiquiátrica e psicossocial das pessoas em situação de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos, objetivando a elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS), orientado para a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial no território; II – apoiar as equipes de profissionais de hospital psiquiátrico na transformação da organização institucional, com vistas à reabilitação psicossocial, garantindo-se o respeito aos direitos humanos das pessoas internadas; III – apoiar as equipes de profissionais de hospital psiquiátrico na reestruturação do funcionamento técnico operacional da instituição, com implementação e fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, e a reorganização das enfermarias de acordo com a procedência das pessoas internadas e/ou municípios de residência atual dos familiares, respeitando-se, sempre que possível, os vínculos estabelecidos entre as pessoas internadas no ambiente hospitalar; IV – apoiar as equipes de profissionais de hospital psiquiátrico no desenvolvimento de estratégias ou ações que favoreçam a construção de protagonismo das pessoas internadas, tais como assembleias, espaços coletivos de encontros e trocas, reapropriação do uso dos objetos pessoais; V – apoiar as equipes de profissionais de hospital psiquiátrico no desenvolvimento de estratégias que garantam o cuidado cotidiano na perspectiva da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial, incluídas as questões clínicas, com redi-

mensionamento da atenção orientada para a construção de autonomia e o acesso aos direitos de cidadania; VI – desenvolver ações nos contextos dos projetos terapêuticos singulares que viabilizem a obtenção de documentação e o acesso a benefícios previdenciários e assistenciais, assim como o auxílio-reabilitação psicossocial do Programa De Volta Para Casa; VII – identificar situação de curatela e procurações existentes com o devido acionamento dos órgãos competentes para as providências necessárias; VIII – desenvolver estratégias de rearticulação de vínculos familiares e/ou sociais e de promoção da participação dos familiares e/ou pessoas das redes sociais das pessoas internadas no processo de desinstitucionalização, tais como atenção familiar, visita domiciliar, reunião de famílias, assembleias, além de ações conjuntas com os familiares e as pessoas internadas; IX – desenvolver ações que propiciem a interação das pessoas internadas com seus familiares e pessoas da cidade, com criação de espaços para promoção de encontros dentro do hospital e nos territórios da cidade; X – articular recursos, instituições e pontos de atenção da RAPS no território para acolhimento, cuidado e reabilitação psicossocial das pessoas com internação de longa permanência, visando à desinstitucionalização, respeitando-se, sempre que possível, os vínculos criados pelas pessoas durante o período em que estiveram internadas, de acordo com os seguintes critérios: a) retorno à família, quando houver possibilidade de coabitação e convivência, de acordo com projetos terapêuticos singulares; b) inserção nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); c) para as pessoas com deficiência, quando indicado, encaminhamento para as residências inclusivas, estabelecidas pela Portaria Interministerial nº 03/MDS/MS, de 21 de setembro de 2012; XI – desenvolver estratégias para educação permanente dos atores institucionais e comunitários implicados no projeto; XII – avaliar os casos de internação psiquiátrica compulsória ou em cumprimento de medida de segurança e articular com os órgãos competentes para abordagem destas situações; e XIII – compor as equipes multiprofissionais dos pontos de atenção das RAPS, de acordo com os critérios definidos nos arts. 69 e 70 e no art. 1057 da Portaria de Consolidação nº 6, visando à qualificação das ações e estratégias desenvolvidas nestes pontos de atenção. Fonte: *caput do art. 68 da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Programa de Desinstitucionalização e Programa de Volta para Casa.

Equipe de Embarcação

1. No âmbito da Rede de Atenção às Urgências, é composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida. Fonte: *inciso IV do caput do art. 44 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Equipe de Referência

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), equipe de profissionais da atenção básica responsável pela população adscrita de um determinado território. A proposta de equipe de referência na atenção básica à saúde parte do pressuposto de que existe interdependência entre os profissionais. Prioriza a construção de objetivos comuns em um time com uma clientela adscrita bem definida. Assim, uma das funções importantes da coordenação (gerência) de uma equipe de referência é justamente produzir interação positiva entre os profissionais em busca das finalidades comuns, apesar das diferenças entre eles, sem tentar eliminar essas diferenças, mas aproveitando a riqueza que elas proporcionam. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Equipe de Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), para fins de cumprimento da Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, possui as seguintes atribuições: orientar a mãe e a família em todas as etapas do método; oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos; encorajar o aleitamento materno; desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição; desenvolver atividades recreativas para as mães durante o período de permanência hospitalar; participar de treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção; orientar a família na hora da alta hospitalar, criando condições de comunicação com a equipe, e garantir todas as possibilidades já enumeradas de atendimento continuado. Fonte: *Anexo 1 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*

Equipe de Saúde Bucal (eSB)

1. No âmbito de Operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica, modalidade que pode compor as

equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.

Equipe de Saúde da Família (eSF)

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constituem [Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense] as equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As ESFR e as ESFF deverão seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considerando a importância da territorialização, manutenção do vínculo, cuidado integral e longitudinal, identificação de risco e vulnerabilidade. Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, as ESFR e as ESFF receberão incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas: I – até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas a um Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e II – até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s) ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica. As unidades de apoio e as embarcações para o deslocamento dos profissionais devem ser identificadas conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, fixada nos termos do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1. Consideram-se unidades de apoio os estabelecimentos que servem para atuação das ESFR e ESFF e que não possuem outras equipes de Saúde Família vinculadas. Fonte: *caput do art. 17 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito de Operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica, estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar

uma importante relação custo-efetividade. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF)

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, desempenha suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsável por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. Fonte: *caput do art. 17 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, é a equipe que desempenha parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. A eSFR é vinculada a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB). Compete-lhe especificamente: a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas; b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando

Equipe Mínima

no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.

Equipe Mínima

1. No âmbito de exigências gerais para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, é aquela que conta com: a) Médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo; b) Nutricionista; equipe c) Psicólogo ou Psiquiatra; e d) Clínico geral ou endocrinologista. Fonte: Anexo 4 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.

Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental

1. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constitui estratégia para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados; e têm por objetivo prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado identificado pela atenção básica, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde, amparada nos comandos da Lei 10.216 de 2001. Fonte: *caput do art. 50-J do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Equipe participante ativa ou médico participante ativo

1. No âmbito do componente variável do incentivo financeiro de custeio mensal destinado aos núcleos intermunicipais e estaduais de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, é a equipe ou profissional que solicitou teleconsultoria no mês de referência para pagamento. Fonte: *inciso I do parágrafo único do art. 156 da PRC GM/MS nº 6.*

Equipe participante ou médico participante

1. No âmbito do componente variável do incentivo financeiro de custeio mensal destinado aos núcleos inter-

municipais e estaduais de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, é a equipe ou profissional com histórico de solicitação de teleconsultoria nos últimos 3 (três) meses. Fonte: *inciso II do parágrafo único do art. 156 da PRC GM/MS nº 6.*

Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família com Informatização e Conectividade (EABF ic)

1. Aquela que se encontra lotada em unidade básica de saúde, devidamente cadastrada no SCNES como ponto de Telessaúde, observado o disposto no art. 459 da Portaria de Consolidação nº 5, que disponha de computador conectado à internet, kit multimídia e webcam e/ou que disponibilize dispositivos móveis para solicitação de teleconsultorias pelos profissionais da equipe de atenção básica/saúde da família ao Núcleo Técnico Científico de Telessaúde. Fonte: *parágrafo 5º do art. 145 da PRC GM/MS nº 6.*

Equipe Técnica de Atividade Interna em Banco de Pele

1. Equipe responsável pela execução das atividades desde o recebimento dos tecidos da equipe de retirada até sua disponibilização (para transplante, pesquisa ou descarte). É composta por no mínimo: (um) médico com treinamento formal, teórico e prático em processamento, e indicações para uso clínico e dispensação do tecido, podendo este profissional vir a substituir o responsável técnico em suas atividades; (dois) profissionais de nível superior da área de saúde ou biológica com treinamento para execução das atividades concernentes ao processamento, armazenamento e outras rotinas relacionadas ao BP; (um) profissional de nível médio na área de saúde ou biológica com treinamento para execução das atividades concernentes ao processamento, armazenamento e outras rotinas relacionadas ao BP; (um) profissional para as tarefas administrativas. Fonte: *Anexo 6 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Equipe Técnica de Atividade Interna em Banco de Tecido Cardiovascular

1. Equipe responsável pela execução das atividades, desde o recebimento dos tecidos da equipe de retirada até sua distribuição (para transplante, pesquisa ou descarte). Fonte: *Anexo 7 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Equipe Técnica de Atividade Interna em Banco de Tecido Ocular

1. Equipe responsável pela execução das atividades desde o recebimento dos tecidos da equipe de retirada até sua disponibilização (para transplante, pesquisa ou descarte) e deve ser composta, no mínimo por: 1 (um) médico com treinamento específico, teórico e prático, para a atividade de obtenção do consentimento para a doação, processo de triagem clínica e sorológica do doador, gestão de risco na validação de doador, recebimento ou coleta de material para exames laboratoriais, retirada, identificação, acondicionamento, transporte e entrega dos tecidos e amostras no BTOC, em Bancos com pequena captação, poderá ser acumulada esta atividade com as funções de responsabilidade técnica; 1 (um) profissional de nível superior de áreas compatíveis com a atividade e com treinamento comprovado para execução das atividades concernentes à avaliação, à classificação, ao processamento, ao armazenamento, e outras rotinas relacionadas ao Banco; 1 (um) profissional de nível médio com treinamento comprovado para execução das atividades concernentes ao processamento, ao armazenamento e outras rotinas relacionadas ao Banco; e 1 (um) profissional para as tarefas administrativas. Fonte: Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Equipe Técnica de Captação em Banco de Tecido Cardiovascular

1. Equipe responsável, 24 horas por dia, pelas atividades relativas à etapa cirúrgica do processo, desde a captação até a entrega dos tecidos, segundo protocolos preestabelecidos pelo Banco. Fonte: Anexo 7 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Equipe Técnica de Captação em Banco de Tecido Ocular

1. Equipe responsável, 24 horas por dia, todos os dias da semana, pelas atividades relativas à etapa cirúrgica do processo, desde a captação até a entrega dos tecidos, segundo protocolos pré-estabelecidos pelo Banco. Deve ser composta, no mínimo, por: 1 (um) médico com treinamento específico, teórico e prático, para a atividade de obtenção do consentimento para a doação, processo de triagem clínica e sorológica do doador, gestão de risco na validação de doador, recebimento ou coleta de material para exames laboratoriais, retirada, identificação, acondicionamento, transporte e entrega dos tecidos e amostras no BTOC; e 1 (um) profissional da área da saúde, sendo admitido o nível

técnico, com treinamento específico, teórico e prático, comprovados para todo o processo de retirada, coleta de material para exames laboratoriais, acondicionamento, transporte e entrega dos tecidos no BTOC. A equipe técnica de captação poderá não estar vinculada diretamente ao BTOC, porém deve estar autorizada pela CNCDO especificamente para a atividade de entrevista familiar e avaliação do doador, quando aplicável, e para a retirada de tecido. Esta equipe deve estar capacitada para o procedimento e atuar sob a responsabilidade do BTOC receptor dos tecidos, efetuando o procedimento em conformidade com os protocolos operacionais e manuais deste Banco e com as normas vigentes. A validação ou recusa do material retirado e enviado para processamento é responsabilidade do Responsável Técnico do BTOC. Fonte: Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Equipe Técnica de Retirada em Banco de Pele

1. Equipe responsável 24 (vinte e quatro) horas por dia e 7 (sete) dias por semana, pelas atividades relativas à etapa cirúrgica do processo, desde a captação até a entrega dos tecidos, segundo protocolos pré-estabelecidos pelo Banco. É composta por no mínimo: (um) médico com treinamento específico, teórico e prático para a atividade de obtenção do consentimento para a doação, o processo de triagem clínica e sorológica do doador, a aceitação, o recebimento ou a coleta de material para exames laboratoriais, a retirada, a identificação, o acondicionamento, o transporte e a entrega dos tecidos e amostras no BP; (um) profissional da área de saúde, com treinamento específico, teórico e prático para todo o processo de retirada, coleta de material para exames laboratoriais, acondicionamento, transporte e entrega dos tecidos no BP. A equipe de retirada de tecido ósseo pode não estar vinculada diretamente ao BP, porém deve estar autorizada pelo CGSNT especificamente para a atividade de abordagem e triagem do doador, quando aplicável, e para a retirada de tecido. Esta equipe deve estar capacitada para o procedimento e atuar sob a responsabilidade do BP receptor dos tecidos, efetuando o procedimento em conformidade com os POP deste Banco e as normas vigentes. A aceitação ou recusa do material retirado e enviado para processamento é atribuição do responsável técnico do BP, de acordo com os POP do Banco e as normas vigentes. Fonte: Anexo 6 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Equipe Técnica de Retirada em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos

1. Equipe responsável, 24(vinte e quatro) horas por dia e 7 (sete) dias por semana, pelas atividades relativas à etapa cirúrgica do processo, desde a captação até a entrega dos tecidos, segundo protocolos pré-estabelecidos pelo Banco. Fonte: Anexo 5 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Equipe Técnica do CAPS

1. Aquela quecompanha o tratamento do usuário residente por meio das seguintes medidas: I – contato no mínimo quinzenal entre o usuário e a equipe técnica do CAPS, por meio de atendimento no próprio CAPS ou visita à entidade prestadora, com o registro de todos os contatos em prontuário; II – realização do primeiro contato entre o usuário residente e a equipe técnica em até 02 (dois) dias do ingresso no serviço de atenção em regime domiciliar; III – continuidade no acompanhamento dos familiares e pessoas da rede social do residente pela equipe técnica do CAPS, com a realização de no mínimo um atendimento mensal, domiciliar ou no próprio CAPS, e/ou com a participação em atividades de grupo dirigidas; e IV – contato no mínimo quinzenal entre a equipe técnica do CAPS de referência e a equipe do serviço de atenção em regime residencial, por meio de reuniões conjuntas registradas em prontuário. Fonte: *caput do art. 17 do Anexo XCI da PRC GM/MS nº 6.*

Equipe Técnica em Banco de Pele

1. Para executar suas atividades, o BP deve contar com um responsável técnico, uma equipe técnica de captação dos tecidos e uma equipe técnica para atividades internas, ambas compostas por profissionais com capacitação comprovada para a execução de suas tarefas. Deve ser formalizado um documento interno de constituição do BP, no qual conste sua composição, sua finalidade e seu organograma, sendo explicitadas sua subordinação técnico-científica e sua subordinação administrativa. Fonte: Anexo 6 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Equipe Técnica em Banco de Tecido Ocular

1. O profissional transplantador, para executar suas atividades, deve contar com um responsável técnico, uma equipe técnica de captação dos tecidos e uma equipe técnica para atividades internas, ambas compostas por profissionais com capacitação comprovada

para a execução de suas tarefas. Deve ser formalizado um documento interno de constituição do BTOC, onde conste sua composição, sua finalidade e seu organograma, sendo explicitadas sua subordinação técnico-científica e sua subordinação administrativa. Fonte: Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Equipe Técnica em Bancos de Tecidos Cardiovasculares

1. Para executar suas atividades o Banco de Tecidos Cardiovasculares deve contar com um responsável técnico, uma equipe técnica de captação dos tecidos e uma equipe técnica para atividades internas, ambas compostas por profissionais com capacitação comprovada para a execução de suas tarefas. Deve ser formalizado um documento interno de constituição do Banco de Tecidos Cardiovasculares, onde conste sua composição, sua finalidade e seu organograma, sendo explicitadas sua subordinação técnico-científica e sua subordinação administrativa. Fonte: Anexo 7 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Equipe Técnica em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos (BTME)

1. O BTME deve contar com um responsável técnico, uma equipe técnica de captação dos tecidos e uma equipe técnica para atividades internas, ambas compostas por profissionais com capacitação comprovada para a execução de suas tarefas. Fonte: Anexo 5 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Equivalência In Vitro

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, condições em que dois ou mais medicamentos, ou fármacos, exercem o mesmo efeito farmacológico, quantitativamente em cultivos de células. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Erro Inato do Metabolismo

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, doença na qual o organismo não consegue eliminar determinadas substâncias que produz e que lhe causam doenças. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.
2. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), faz parte de um grupo de doenças geneticamente determinadas, decorrentes de deficiência

em alguma via metabólica que está envolvida na síntese (anabolismo), transporte ou na degradação (catabolismo) de uma substância. O “Teste do Pezinho”, exame obrigatório do Programa de Triagem Neonatal, detecta as doenças de maior incidência como fenilcetonúria, hipotiroidismo congênito, anemia falciforme, hemoglobinopatias e fibrose cística. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

eSB ver Equipe de Saúde Bucal

Esclarecimento da Causa Mortis de Óbitos em Estabelecimento de Saúde

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, são ações e serviços de realização de autópsia para o esclarecimento da causa mortis, com ou sem assistência médica, sem elucidação diagnóstica, em especial aqueles sob investigação epidemiológica. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

eSF ver Equipe de Saúde da Família

eSFF ver Equipe de Saúde da Família Fluvial

eSFR ver Equipe de Saúde da Família Ribeirinha

ESP ver Evento de Saúde Pública

Espaço Regional

1. No âmbito de Rede de Atenção à Saúde (RAS), é o espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal. Fonte: Anexo I da PRC GM/MS nº 3.

ESPIN ver Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)

Estabelecimento com Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade

1. Hospital que oferece apoio diagnóstico e terapêutico especializado, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade. Fonte: *caput do art. 37 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Estabelecimento de Saúde

1. No âmbito das normas de habilitação para a atenção especializada no processo transexualizador da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, o estabelecimento [de saúde] em Atenção Especializada no processo transexualizador - modalidade ambulatorial - deverá promover a atenção especializada referente aos procedimentos no processo transexualizador definidos nesta portaria [A do anexo 1 do anexo XXI da PRC MS/GM nº 2] (acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia) de forma a oferecer assistência integral através de: a) diagnóstico e tratamento clínico no processo transexualizador; b) atendimento da modalidade ambulatorial em atenção especializada dos usuários(as) com demanda para o processo transexualizador, por meio de equipe multi-profissional; c) acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia; d) garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial. O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar deverá: a) dispor de serviço de laboratório clínico em tempo integral; b) garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade hospitalar; c) realizar tipagem sanguínea e tratamento hemoterápico, inclusive para complicações hemorrágicas; d) possuir leitos cirúrgicos de enfermaria para os usuários(as) do Processo Transexualizador; e) garantir retaguarda de leito(s) de UTI tipo II ou III; f) garantir acompanhamento ambulatorial para pré e pós operatório. Fonte: Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.
2. No âmbito da Tipificação de Estabelecimentos de Saúde, para fins de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica. Essa definição traz à luz uma questão intrinsecamente relevante aos critérios mínimos para se considerar algo como um estabelecimento de saúde, que serão explicadas adiante: I) Espaço físico delimitado e permanente: está relacionado à infraestrutura necessária para se considerar um espaço como estabelecimento de saúde. Não estão excluídos estabelecimentos móveis, como embarcações, carretas, etc. Isso significa que estruturas temporárias, como barracas, tendas ou atendimentos realizados em regime de mutirão em locais públicos abertos, não podem ser consideradas

estabelecimentos de saúde. II) Onde são realizadas: há a intenção de que se entenda a obrigatoriedade do efetivo funcionamento, já que não se pode afirmar qual a finalidade de uma instalação física que não esteja em execução de suas atividades. Ou seja, um espaço desativado ou em construção pode facilmente ser alocado para outras atividades que não saúde, não podendo ser considerado como um estabelecimento de saúde nesta situação. III) Ações e serviços de saúde de natureza humana: A necessidade de que o estabelecimento de saúde realize ações e serviços de saúde humana permite que a saúde seja entendida em seu amplo espectro, possibilitando a identificação de estabelecimentos que realizam ações de vigilância, regulação ou gestão da saúde, e não somente estabelecimentos de caráter assistencial. Do mesmo modo, impede seu uso para outros estabelecimentos que não têm o foco direto na saúde humana, como por exemplo os estabelecimentos que visam a saúde animal, os salões de beleza, as clínicas de estética, dentre outros, que embora estejam no escopo de atuação da vigilância sanitária, não devem ser considerados como estabelecimentos de saúde. IV) Responsabilidade técnica: a introdução do conceito de “responsabilidade técnica” vem de encontro da legislação vigente, já que não se pode desempenhar ações e serviços de saúde sem que exista a figura de uma pessoa física legalmente responsável por elas. Tipo de Estabelecimento de Saúde, Atividade Principal, Atividade Secundária e Atividade Não Permitida Tipo de Estabelecimento de Saúde é uma classificação que possibilita a identificação da oferta de ações e serviços pelos estabelecimentos de saúde, considerando: infraestrutura existente, densidade tecnológica, natureza jurídica e recursos humanos. As atividades que são desempenhadas nos estabelecimentos de saúde são, portanto, categorizadas de forma genérica para escolha do operador no momento do cadastramento, sendo introduzidos os conceitos de atividade principal e atividades secundárias. A atividade principal seria aquela preponderante do estabelecimento, ou aquela que diferencia o tipo de atendimento realizado no local, e as atividades secundárias, quando for o caso, permitem demonstrar quais as demais atividades não preponderantes também são desempenhadas. A partir da seleção de um conjunto de atividades, principal e secundárias, o estabelecimento será classificado de forma automática pelo CNES. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Ver também: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Tipificação de Estabelecimento de Saúde.

Estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade Ambulatorial

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, é aquele que deve promover a atenção especializada referente aos procedimentos no processo Transexualizador definidos nesta portaria (acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia) de forma a oferecer assistência integral, através de: a. Diagnóstico e tratamento clínico no processo transexualizador; b. Atendimento da modalidade ambulatorial em atenção especializada dos usuários(as) com demanda para o Processo Transexualizador, por meio de equipe multiprofissional; c. acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia; d. garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial. Fonte: Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.

Estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade Hospitalar

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, é referência para a atenção de pacientes regulados e encaminhados com relatório médico detalhado de necessidade de procedimentos da modalidade hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório), onde constará todo o processo de acompanhamento prévio do paciente. Fonte: Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.

Estabelecimentos de Saúde Habilidos em Apenas um Serviço de Reabilitação

1. Unidades ambulatoriais especializadas em apenas reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências. Fonte: caput do art. 18 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.

Estágio 1 (Sistema de Gestão de Qualidade)

1. Tem como requisitos do Sistema da Qualidade: I – possuir estrutura organizacional e gerencial – organograma atualizado e formalizado, especificando suas relações entre a gerência da qualidade, operações técnicas e serviços de apoio, e com qualquer outra organização com a qual possa estar associado; II –

possuir documento com a descrição das responsabilidades, autoridade e o inter-relacionamento de todo pessoal que gerencia, realiza ou verifica trabalhos que afetam a qualidade a qualidade dos ensaios; III – possuir pessoal com a necessária formação, treinamento e experiência técnica e/ou administrativa para as atividades designadas; IV – possuir os registros pertinentes das qualificações, treinamentos, capacitações e experiência profissional dos servidores; V – possuir todos os equipamentos e instrumentos de medição necessários para a correta prestação do serviço, mantendo um inventário atualizado; VI – possuir gerência técnica com responsabilidade total pelas operações técnicas que assegurem a qualidade requerida nas atividades do Laboratório; VII – nomear substitutos para o pessoal-chave no nível gerencial; VIII – Manter suprimento dos insumos necessários ao laboratório; IX – possuir dimensões, construção e localização adequadas para atender às necessidades da realização dos ensaios; X – exigir dos clientes mecanismos de identificação de amostras mediante formulários que contenham dados e informações suficientes para a realização de ensaios, estabelecendo critérios de aceitação/rejeição de amostras; XI – possuir instruções documentadas e disponíveis para a coleta, identificação, quantidade, acondicionamento, transporte e manuseio de amostras, quando pertinente; XII – possuir mecanismos de cadastramento único das amostras que garanta sua identificação e rastreabilidade durante toda a sua permanência no laboratório; XIII – utilizar procedimentos analíticos referenciados em métodos publicados em textos revisados por especialistas ou periódicos, recomendados em nível internacional, regional ou nacional ou desenvolvidos pelo laboratório, desde que validados para confirmar a adequação ao uso pretendido; XIV – manter registros dos dados originais relativos aos ensaios, treinamento de pessoal e calibrações por um período mínimo de cinco anos; XV – apresentar os relatórios de ensaios de forma legível e com informações suficientes para sua interpretação e conteúdo, no mínimo, as seguintes informações: 1) identificação do cliente e/ou amostra e/ou paciente; 2) nº do registro da amostra no laboratório; 3) identificação do laboratório que realizou o ensaio; 4) data de coleta e do recebimento da amostra; 5) horário da coleta, quando apropriado; 6) data de liberação do resultado; 7) identificação do ensaio; 8) resultado do ensaio; 9) método utilizado; 10) valor de referência, quando apropriado; 11) interpretações e conclusões dos resultados, quando apropriado; 12) nome e assinatura do profissional autorizado; 13) observações relevantes quanto aos fatores que possam

interferir nos resultados; XVI – possuir instruções documentadas para a liberação e entrega de relatórios de ensaios que garantam sua confidencialidade; XVII – definir em documento os prazos de entrega dos relatórios de ensaios para cada um de seus ensaios, que sejam compatíveis com o método e liberados em tempo hábil, dispondo de mecanismos para o monitoramento do cumprimento destes prazos; e XVIII – possuir controle interno da qualidade analítica, mantendo os registros de sua realização e da análise crítica correspondente (ensaios replicados, utilizando-se os mesmos métodos ou métodos diferentes; amostras cegas; controles e/ou calibradores; controle intralaboratorial; etc.). Fonte: Anexo XLIII da PRC GM/MS nº 6.

Estágio 2 (Sistema de Gestão de Qualidade)

1. Tem como requisitos do Sistema da Qualidade: I – declarar a política da qualidade da instituição que deverá ser assinada pelo diretor do laboratório; II – designar um profissional responsável pelo Sistema de Gestão da Qualidade (qualquer que seja a denominação), com acesso a direção do laboratório e prover a estrutura necessária ao planejamento e implantação do Sistema de Gestão da Qualidade; III – definir as políticas relativas ao cumprimento dos requisitos das normas nacionais/internacionais de gestão da qualidade, documentando-as em um Manual da Qualidade; IV – possuir procedimento documentado e aprovado para elaboração e controle de documentos do Sistema de Gestão da Qualidade; V – possuir lista mestra de documentos do Sistema de Gestão da Qualidade; VI – possuir procedimento documentado e aprovado para identificar, coletar, indexar, acessar, armazenar, manter e dispor os registros técnicos e da qualidade; VII – possuir procedimento documentado e aprovado para operação, verificação e limpeza dos equipamentos significativos para os resultados dos ensaios, mantendo os registros correspondentes; VIII – possuir uma relação de especificações de insumos críticos para os ensaios, aprovada por profissional autorizado; IX – possuir procedimento documentado e aprovado para solicitação de aquisição de insumos críticos para os ensaios; X – possuir procedimento documentado e aprovado de inspeção de insumos críticos para os ensaios, aplicado à etapa de recebimento, com critérios para garantir o cumprimento das especificações, mantendo os registros correspondentes; XI – possuir relação atualizada para o controle de estoque de reagentes e insumos utilizados nos ensaios, que contemple, pelo menos, a identificação, fabricante, quantidade, lote e local de armazenamento e; XII – treinar a direção do

LACEN e possuir pelo menos 30% dos servidores treinados na interpretação das normas relacionadas com a implantação do Sistema de Gestão da Qualidade em Laboratório, e manter os registros correspondentes; e XIII – possuir pelo menos 30% dos ensaios de cada setor laboratorial, das áreas de Vigilância Sanitária de Produtos com procedimentos documentados, aprovados e implementados. Fonte: *Anexo XLIII da PRC GM/MS nº 6*.

Estágio 3 (Sistema de Gestão de Qualidade)

1. Tem como requisitos do Sistema da Qualidade: I – possuir pelo menos 50% dos servidores treinados na interpretação das normas relacionadas com a implantação do Sistema de Gestão da Qualidade em laboratório, e manter os registros correspondentes; II – possuir procedimento documentado e aprovado para identificação de necessidades de treinamento, elaborar plano anual de treinamento dos servidores e registrar a sua implantação; III – possuir procedimento documentado e aprovado para solicitação de aquisição de equipamentos; IV – possuir procedimento documentado e aprovado de inspeção de equipamentos, e garantir que, após recebimento e transporte, estes somente sejam utilizados com adequada verificação de seu desempenho, mantendo os registros correspondentes, permanecendo com identificação específica caso estejam em manutenção ou impróprios para o uso; V – possuir procedimento documentado e aprovado para armazenamento de insumos, significativos para os resultados dos ensaios, incluindo os preparados pelo laboratório; VI – possuir procedimento documentado e aprovado para rotulagem e controle da qualidade dos reagentes/soluções preparados no laboratório e para os adquiridos, mantendo os registros da realização e análise crítica deste controle; VII – possuir procedimento documentado e aprovado para definir o grau de pureza, os parâmetros a serem monitorados e a frequência do monitoramento da água reagente necessária para cada método analítico e manter registros das verificações realizadas; VIII – monitorar, controlar e registrar as condições ambientais que influenciem a qualidade dos resultados; IX – possuir procedimento documentado e aprovado para formatação, emissão, arquivamento, e rastreabilidade de relatórios de ensaios; X – participar de programas de controles externos da qualidade, mantendo os registros da análise crítica dos resultados; e XI – possuir pelo menos 50% dos ensaios de cada setor laboratorial, das áreas de Vigilância Sanitária de Produtos, com

procedimentos escritos, aprovados e implementados. Fonte: *Anexo XLIII da PRC GM/MS nº 6*.

Estágio 4 (Sistema de Gestão de Qualidade)

1. Tem como requisitos do Sistema da Qualidade: I – possuir pelo menos 80% dos servidores treinados na interpretação das normas relacionadas com a implantação de Sistemas de Gestão da Qualidade em laboratório, mantendo os registros correspondentes; II – possuir política e procedimento documentado e aprovado para identificação de não conformidades ou desvios, no sistema da qualidade ou nas operações técnicas, e designar autoridade apropriada para implementar as ações corretivas e preventivas necessárias; III – possuir procedimento documentado e aprovado para o registro de reclamações e sugestões de clientes, com previsão de investigações e ações preventivas e corretivas; IV – possuir procedimento documentado e aprovado de realização periódica de auditoria interna e de análise crítica pela gerência, do Sistema de Gestão da Qualidade e das atividades pertinentes aos ensaios; V – implantar programa anual de auditorias internas e da análise crítica pela gerência, do Sistema de Gestão da Qualidade e das atividades pertinentes aos ensaios, mantendo os registros correspondentes; VI – possuir um grupo de auditores internos da qualidade treinados, com os registros das auditorias internas realizadas na fase de treinamento; VII – possuir registros da realização da análise crítica do Sistema de Gestão da Qualidade do laboratório para assegurar sua continua adequação e eficácia nos serviços prestados e para introduzir quaisquer mudanças necessárias ou melhorias, mantendo os registros correspondentes; VIII – ter um programa documentado, aprovado e implementado de manutenção preventiva, calibração, qualificação e/ou verificação dos equipamentos e instrumentos de medição significativos para os resultados dos ensaios, mantendo os registros correspondentes; IX – possuir sistema de controle de estoque dos insumos que permita a emissão de relatórios gerenciais e; X – possuir pelo menos 80% dos ensaios de cada setor laboratorial, das áreas de Vigilância Sanitária de Produtos, com procedimentos aprovados e implantados. Fonte: *Anexo XLIII da PRC GM/MS nº 6*.

Esterilização Complementar em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos

1. O processo de esterilização complementar deve ser documentado e ter sua eficiência comprovada por

indicadores e testes microbiológicos pós-esterilização.
Fonte: Anexo 5 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Estratégia AIDPI Neonatal [Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância] (AIDPI Neonatal)

1. No âmbito da Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Estratégia AIDPI), compreende a atenção à mulher antes da gestação até a criança menor que 2 (dois) meses. Fonte: *caput do art. 377 da PRC GM/MS nº 5.*

Estratégia AIDPI ver Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

Estratégia AIDPI Comunitário Materno Infantil [Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância]

1. No âmbito da Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Estratégia AIDPI), compreende a atenção à mulher antes da gestação até as crianças menores de 4 (quatro) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias. Fonte: *caput do art. 379 da PRC GM/MS nº 5.*

Estratégia AIDPI Criança [Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância]

1. No âmbito da Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Estratégia AIDPI), compreende a atenção a criança de 2 (dois) meses a menores de 4 (quatro) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias. Fonte: *caput do art. 378 da PRC GM/MS nº 5.*

Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil deverá ser implementada por meio de oficinas de formação de tutores e de oficinas de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). As oficinas de formação de tutores têm por objetivo qualificar profissionais de saúde para apoiar o fortalecimento, planejamento, implementação e avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas UBS, de forma contínua, considerando a educação permanente em saúde, com base nos princípios da educação crítico-reflexiva. As oficinas de trabalho nas UBS têm por objetivo discutir a prática do aleitamento materno e alimentação

complementar saudável no contexto do processo de trabalho das UBS; incentivar a pactuação de ações para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, de acordo com a realidade local e; estimular a construção das relações de cooperação entre a equipe e os diferentes níveis de atenção, por meio do apoio matricial e da construção de linhas de ação. Fonte: *caput do art. 6º da Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, resulta da integração de duas ações, a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Fonte: *parágrafo único do art. 3º do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*
3. No âmbito da Polítca Nacional de Alimentação e Nutrição, objetiva: I – qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade; II – aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS); III – contribuir para a redução de práticas desestimuladoras da amamentação e alimentação complementar saudável nas UBS, como a propaganda desfreada de produtos que possam vir a interferir na alimentação saudável de crianças menores de 2 (dois) anos; IV – contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância; V – contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva até os seis meses de idade; VI – contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas até os 2 (dois) anos de idade ou mais; VII – contribuir para a diminuição da prevalência de crianças que recebem alimentos precocemente; VIII – contribuir para o aumento da prevalência de crianças que consomem frutas, verduras e legumes diariamente; IX – contribuir para a diminuição de crianças que recebem alimentos não saudáveis e não recomendados, principalmente antes dos dois anos de idade; e X – contribuir para a melhora no perfil nutricional das crianças, com a diminuição de deficiências nutricionais, de baixo peso e de excesso de peso. Fonte: *caput do art. 4º do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Estratégia AIDPI)

1. Tem por objetivo: I – identificar sinais clínicos que permitam fazer uma triagem rápida quanto à natureza da atenção requerida pela criança, como encaminha-

mento urgente a um hospital, tratamento ambulatorial ou orientação para cuidados e vigilância no domicílio; II – ampliar e qualificar as ações de atenção integral à saúde das crianças; e III – diminuir a morbididade de crianças de 0 (zero) a 4 (quatro) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias. Fonte: *caput do art. 366 da PRC GM/MS nº 5.*

Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis

1. Tem como objetivo construir novas ofertas de cuidado humanizado à saúde e fortalecer aquelas tradicionalmente dirigidas a mulheres e crianças, na perspectiva do vínculo, crescimento e desenvolvimento integral da criança de zero a cinco anos. Fonte: *caput do art. 444 da PRC GM/MS nº 5.*

Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, é prevista como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Estratégia de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial

1. Aquela constituída por iniciativas que visam garantir às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando-se sua progressiva inclusão social. Fonte: *caput do art. 65 da PRC GM/MS nº 5.*

Estratégia de e-Saúde para o Brasil

1. No âmbito da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), tem como diretrizes: I – fortalecimento da área de informação e informática em saúde, com apoio à organização, ao desenvolvimento e à integração à atenção à saúde nas três esferas de governo; II – estabelecimento e manutenção atualizada de um repositório nacional de "software" em saúde que inclua componentes e aplicações de acesso público

e irrestrito, em conformidade com padrões e protocolos de funcionalidade, interoperabilidade e segurança; III – promoção de estratégias e mecanismos para a redução do número de sistemas de informação em saúde existentes ou sua simplificação e para a qualificação da produção da informação em saúde; IV – promoção da disseminação e publicização de dados e informação em saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, de profissionais, de gestores, de prestadores de serviços e do controle social, quanto às necessidades de intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa; V – criação de mecanismos de articulação institucional com vistas à integração dos sistemas de informação em saúde; VI – estabelecimento de um padrão para e-Saúde que permita a construção do Registro Eletrônico de Saúde (RES) do cidadão por meio da identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde, padrões e protocolos de interoperabilidade eletrônica e/ou digital entre os equipamentos e sistemas; VII – estabelecimento de infraestrutura de telecomunicação adequada para a implantação do RES do cidadão; VIII – estímulo ao uso de telecomunicação na atenção à saúde, educação à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada, visando ampliar o potencial de resolutividade junto aos processos ligados à atenção à saúde; IX – estímulo ao uso de pesquisas amostrais e inquéritos periódicos para os casos em que não se justifique a coleta universal e contínua de dados, a fim de otimizar os custos e o trabalho rotineiro; X – divulgação das diversas ações científico-tecnológicas de produção de informação ligadas à atenção à saúde, utilizando-se diferentes veículos de comunicação em suas mais variadas formas e tecnologias; e XI – instituição e implementação da estratégia nacional de e-Saúde, com a organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), para orientar o conjunto de esforços e investimentos em informação e informática em saúde. Fonte: *caput do art. 6º do Anexo XLII da PRC GM/MS nº 2.*

Ver também: Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).

Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde

1. Por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do SUS, tem por objetivos: I – reforçar financeiramente o custeio das RAS e dos estabelecimentos hospitalares beneficiários, considerando-se as despesas adicionais necessárias à qualificação da assistência para o ensino;

Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros Dispositivos Comunitários da Rede Pública de Saúde Mental

II – garantir a melhoria da estrutura hospitalar e da organização e funcionamento das RAS, de forma a aprimorar o funcionamento dos Programas de Residência Médica; III – garantir aos residentes ambientes de formação adequadas, como sala com computadores com acesso à internet e sala de estudo com materiais didáticos disponíveis e atualizados, como livros e revistas científicas; IV – garantir o aprimoramento técnico-científico necessário para qualificar a atuação dos profissionais envolvidos na assistência que tenham função de preceptor, estimulando sua formação em cursos de pós-graduação, cursos de formação de preceptores e disseminando o acesso a bibliotecas virtuais e a outras fontes de publicações de artigos científicos; V – estimular a inserção articulada e integrada dos estabelecimentos hospitalares participantes da RAS no âmbito do SUS por meio de Programa de Residência Médica em rede; VI – estimular a participação dos hospitais e demais estabelecimentos que compõem as RAS em atividades de pesquisa, desenvolvimento e gestão de tecnologias em saúde, de acordo com as necessidades do SUS; VII – incentivar a qualificação do processo de gestão para favorecer que as instituições responsáveis pela formação de especialistas atuem com maior eficiência e efetividade; VIII – estimular o papel dos estabelecimentos de saúde na formação de novos profissionais de saúde e na capacitação dos profissionais que atuem nos diversos segmentos que compõem o SUS, privilegiando as funções e especialidades requeridas para suprir as necessidades das RAS; IX – ampliar e qualificar Programa de Residência Médica em áreas estratégicas e regiões prioritárias do SUS por meio da abertura de novas vagas e qualificação das vagas existentes para formação de especialistas no país; X – aprimorar o processo de gestão dos Programas de Residência Médica por meio das Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREM) e das Comissões de Residência Médica (COREME), fortalecendo o seu papel previsto na legislação vigente; e XI – assegurar a participação das CEREM e das COREME na gestão dos recursos financeiros e no monitoramento e avaliação dos objetivos dispostos para a Estratégia de Qualificação da RAS . Fonte: *caput do art. 743 da PRC GM/MS nº 5.*

Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros Dispositivos Comunitários da Rede Pública de Saúde Mental

1. É a Estratégia a ser desenvolvida por meio do estabelecimento de parceria entre o Ministério da Saúde e instituições de ensino, pesquisa e extensão, com o objetivo de formulação e execução de projetos de pesquisa e produção e de conhecimento para avaliação e aperfeiçoamento dos CAPS e demais serviços da rede pública de saúde mental, focalizando desde a acessibilidade, a organização dos serviços, a gestão, a qualidade da atenção, a efetividade, a formação dos profissionais e a produção de qualidade de vida e cidadania dos usuários envolvidos. Fonte: *caput do art. 92 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil ver Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)

Estratificação de Risco

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, é uma importante ação no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica e consiste no processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Estrutura Assistencial

1. No âmbito de normas gerais de credenciamento e habilitação do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, o estabelecimento de saúde a ser credenciado/habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve oferecer atendimento especializado e integral em: a) diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico; b) atendimento de urgência referida nos casos de comorbidades da obesidade, que funcione nas 24 horas, mediante o termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS; c) atendimento ambulatorial dos obesos,

conforme o estabelecido na linha de cuidado regional pelo gestor local e mediante termo de compromisso firmado entre as partes; d) internação hospitalar em leitos apropriados para obesos; e) salas de cirurgia equipadas para cirurgias bariátricas de obesos e disponibilidade de estrutura para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório; f) internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias, mediante termo de compromisso firmado com o gestor; g) cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica; e h) reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no preparo pré-operatório e no seguimento pós-cirúrgico, no sentido da restituição da sua capacidade funcional. Fonte: Anexo 4 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.

Estruturação de Serviços e Organização de Ações de Assistência Farmacêutica

1. No âmbito do Componente de Qualificação da Gestão, no Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, tem como objetivo: estruturar e organizar os serviços e ações de assistência farmacêutica. Fonte: Anexo II da PRC GM/MS nº 6.

Estudo de Avaliação e Incorporação de Tecnologia

1. No âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI-SUS, projeto de desenvolvimento de estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; revisão sistemática de literatura; meta-análise de estudos clínicos; estudos clínicos; desenvolvimento de pesquisas e tecnologias úteis ao SUS para fins de diagnóstico, tratamento ou controle de doenças e promoção da qualidade de vida, buscando impacto nos determinantes de saúde com recorte étnico-racial e de gênero. Fonte: inciso I do caput do art. 17 do Anexo XCIII da PRC GM/MS nº 5.

Estudo Epidemiológico Observacional ver Pesquisa Epidemiológica

Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM)

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, aqueles relacionados com comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase sobre as consequências

médicas, sociais e econômicas resultantes; complementarmente, tem-se os estudos de farmacovigilância e os ensaios clínicos. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Ética

1. No âmbito da Política Nacional da Promoção da Saúde, a ética é um de seus valores fundantes e pressupõe condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, sendo pautadas para o bem comum, com dignidade e solidariedade. Fonte: inciso III do caput do art. 3º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.

EUM ver Estudos de Utilização de Medicamentos

Euritmia

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é uma prática corporal de base antroposófica, com movimentos associados a fonemas – representam sons primordiais – que induzem efeitos anabolizantes, relaxantes ou desintoxicantes, em função harmonizadora e que não apresenta contraindicação ou efeito colateral. Fonte: Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Ver também: Medicina Antroposófica (MA).

Evento Adverso

1. No âmbito do Programa Nacional de Segurança do Paciente, o incidente que resulta em dano ao paciente. Fonte: inciso IV do caput do art. 160 da PRC GM/MS nº 5.

Evento de Investigação Obrigatória por Profissionais da Saúde

1. No âmbito do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), os óbitos infantis e fetais são considerados eventos de investigação obrigatória por profissionais da saúde (da vigilância em saúde e da assistência à saúde) visando identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis. Fonte: caput do art. 398 da PRC GM/MS nº 1.

Evento de Massa (EM)

1. No âmbito das Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa, a atividade cole-

tiva de natureza cultural, esportiva, comercial, religiosa, social ou política, por tempo pré-determinado, com concentração ou fluxo excepcional de pessoas, de origem nacional ou internacional, e que, segundo a avaliação das ameaças, das vulnerabilidades e dos riscos à saúde pública exijam a atuação coordenada de órgãos de saúde pública da gestão municipal, estadual e federal e requeiram o fornecimento de serviços especiais de saúde, públicos ou privados (Sinonímia: grandes eventos, eventos especiais, eventos de grande porte). Fonte: *inciso I do caput do art. 4º do Anexo CII da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa.

Evento de Saúde Pública (ESP)

1. No âmbito da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínicoepidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes. Fonte: *inciso V do caput do art. 2º do Anexo V da PRC GM/MS nº 4.*

Eventos de Grande Porte ver Evento de Massa (EM)

Eventos Especiais ver Evento de Massa (EM)

Exame de Cariótipo

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, exame genético mediante o qual são descobertas as anomalias. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Exame do Citopatológico Cérvico Vaginal/Microflora

1. Consiste na análise microscópica de material coletado do colo do útero. Indicado para mulheres com vida sexual ativa, para diagnóstico das lesões pré-neoplásicas e câncer de colo do útero. Fonte: *Anexo 11 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Exame do Citopatológico Cérvico Vaginal/Microflora - Rastreamento

1. Consiste na análise microscópica de material coletado do colo do útero. Indicado para todas as mulheres com idade entre 25 e 64 anos e vida sexual ativa, para o rastreio das lesões pré-neoplásicas e câncer de colo do útero. Fonte: *Anexo 10 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Exames Comuns para Inscrição de Receptor de Qualquer Órgão

1. Dosagem de sódio, dosagem de potássio, glicemia, dosagem de creatinina, tipagem sanguínea ABO, hemograma completo, sorologia para HIV, HTLV I e II, HbsAg, anti-HBc total, anti-HCV, imunofluorescência para Doença de Chagas, imunofluorescência para cito-megalovírus IgG e IgM, VDRL, imunofluorescência para Lues. Fonte: *inciso I do parágrafo 10 do art. 42 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Exames Específicos para Inscrição de Receptor em Lista de Coração

1. Biopsia de endocárdio/miocárdio (em casos específicos), radiografia de tórax (PA + inspiração + expiração + lateral), ecocardiografia transtorácica, ultrassonografia com Doppler colorido de vasos (somente em vasculopatas e idosos), ultrassonografia de tórax (extracardíaca), tomografia computadorizada de tórax, cintilografia de miocárdio para avaliação da perfusão em situação de esforço (em casos específicos), cintilografia de miocárdio para localização de necrose, cintilografia sincronizada de câmaras cardíacas em situação de repouso (ventriculografia), cateterismo cardíaco, espirografia com determinação do volume residual (em casos específicos), avaliação da reatividade vascular pulmonar com uso ou não de vasodilatadores, painel de reatividade linfocítica classe I e II, além dos exames comuns para inscrição de receptor de qualquer órgão. Fonte: *inciso II do parágrafo 10 do art. 42 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Exames Específicos para Inscrição de Receptor em Lista de Fígado

1. Dosagem de alfa-fetoproteína, ultrassonografia com Doppler colorido de vasos, radiografia de tórax, ultra-

sonografia de abdome superior (fígado, vesícula, vias biliares), esofagogastroduodenoscopia, além dos exames comuns para inscrição de receptor de qualquer órgão. Fonte: *inciso III do parágrafo 10 do art. 42 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Exames Específicos para Inscrição de Receptor em Lista de Pâncreas

1. Dosagem de amilase, dosagem de hemoglobina glicosilada, dosagem de peptídeo C, painel classe I e II, ultrassonografia com Doppler colorido de vasos, radiografia de tórax (PA + lateral), ultrassonografia de abdome total, cintilografia de miocárdio para avaliação da perfusão (nos casos em que se aplique), esofagogastroduodenoscopia, cateterismo cardíaco (nos casos em que se aplique), avaliação urodinâmica completa (nos casos em que se aplique), além dos exames comuns para inscrição de receptor de qualquer órgão. Fonte: *inciso IV do parágrafo 10 do art. 42 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Exames Específicos para Inscrição de Receptor em Lista de Pulmão

1. Radiografia de tórax (PA + inspiração + expiração + lateral), ecocardiografia transtorácica, reatividade contra painel classe I e II, ultrassonografia com Doppler colorido de vasos (somente em vasculopatas e idosos), ultrassonografia de tórax, tomografia computadorizada de tórax, cateterismo cardíaco (em situações especiais), espirografia com determinação do volume residual, prova de função pulmonar completa com broncodilatador, além dos exames comuns para inscrição de receptor de qualquer órgão. Fonte: *inciso V do parágrafo 10 do art. 42 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Exames Específicos para Inscrição de Receptor em Lista de Rim

1. Pesquisa de anticorpos IgG e IgM contra o vírus de Epstein-Barr, reatividade contra painel classe I e II, radiografia de tórax (PA + lateral), ultrassonografia de abdome total, ultrassonografia de aparelho urinário, esofagogastroduodenoscopia, doppler arterial e venoso de ilíacas e femoriais (em vasculopatas, pacientes com uso prévio de cateteres em veia femoral para acesso vascular ou receptores de transplante prévio), cateterismo cardíaco (exclusivamente em idosos, cardiopatas ou diabéticos), uretrocistografia e avaliação urodinâmica completa, nos casos em que se apli-

que, determinação dos antígenos leucocitários humanos - HLA, além dos exames comuns para inscrição de receptor de qualquer órgão. Fonte: *inciso VI do parágrafo 10 do art. 42 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Exame Sorológico Obrigatório em Banco de Tecido Ocular

1. É obrigatória a realização de exames laboratoriais de alta sensibilidade e especificidade, para a identificação de doenças transmissíveis pelo sangue. Esses exames devem ser feitos em amostra de soro ou plasma do doador, testada com reagentes para diagnóstico de uso in vitro, registrados na ANVISA/MS. Quando a triagem laboratorial for executada por laboratório terceirizado, o BTOC deve formalizar um contrato para a prestação desse serviço. Os exames laboratoriais obrigatórios são: HBsAg; Anti-HBc; Anti-HCV; Anti-HIV-1 e anti-HIV-2. Para a realização desses exames laboratoriais, devem ser seguidos os mesmos algoritmos para a triagem sorológica para doação de sangue, de acordo com a legislação vigente. Fonte: *Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Exercício Fiscal

1. No âmbito dos procedimentos relativos à certificação de entidade benfeicentes de assistência social, é o período entre 1º de janeiro e 31 de dezembro. Fonte: *caput do art. 218 da PRC GM/MS nº 1.*

Expectativa de Vida ao Nascer

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, tempo que seria esperado para um recém-nascido poder viver, em média. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Exposição Ocupacional [Trabalhadores Expostos ao Benzeno]

1. No âmbito das Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores expostos ao Benzeno, entende-se como exposição ocupacional a exposição acima de níveis populacionais, decorrente de atividades laborais. Fonte: *Anexo LXVIII da PRC GM/MS nº 5.*

Extrativismo

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCA), todas as atividades de coleta de produtos naturais,

sejam animais, vegetais ou minerais. Fonte: *inciso X do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.*

Letra F

Facilitador [Estratégia AIDPI] ver Multiplicador/Facilitador [Estratégia AIDPI]

Farmácia Hospitalar

1. No âmbito das Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais da Política Nacional de Medicamentos, unidade clínico-asistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente. Fonte: *Anexo 2 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Farmácia Magistral

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, farmácia autorizada a manipular medicamentos, inclusive o que contém psicotrópicos ou entorpecentes, cuja atividade requer autorização especial de funcionamento expedido pelo órgão competente do Ministério da Saúde. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Farmácia Viva

1. No âmbito 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. Fonte: *parágrafo 1º do art. 570 da PRC GM/MS nº 5.*

Fármaco

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, substância química que é o princípio ativo do medicamento. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Farmacoepidemiologia

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, aplicação do método e raciocínio epidemiológico no estudo dos efeitos – benéficos ou adversos – e do uso de medicamentos em populações humanas. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Farmacopéia Brasileira

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, conjunto de normas e monografias de farmoquímicos, estabelecido por e para um país. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Farmacoterapia

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, aplicação dos medicamentos na prevenção ou tratamento de doenças. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Farmacovigilância

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, identificação e avaliação dos efeitos, agudos ou crônicos, do risco do uso dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em grupos de pacientes expostos a tratamentos específicos. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Farmoquímico

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, toda a substância ativa ou inativa que é empregada na fabricação de produtos farmacêuticos. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Fase 1 do PMAQ-AB

1. É denominada Adesão e Contratualização. Nesta fase, todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal e Núcleos de Apoio ao Saúde da Família, independente do modelo pelo qual se organizam, poderão aderir ao PMAQ-AB, desde que se encontrem em conformidade com os princípios da atenção básica e com os critérios a serem definidos no Manual Instrutivo do PMAQ-AB. Fonte: *parágrafo 1º do art. 509 da PRC GM/MS nº 5.*

Fase 1 do PMAQ-CEO

- Denominada Adesão e Contratualização. Serão observadas as seguintes etapas: I – formalização da adesão pelo estado, município ou Distrito Federal, por intermédio do preenchimento de formulário eletrônico específico a ser indicado pelo Ministério da Saúde; II – contratualização da equipe do CEO e do gestor Estadual, Municipal ou do Distrito Federal, de acordo com as diretrizes e critérios definidos do Manual Instrutivo do PMAQ-CEO; e III – informação sobre a adesão do município deve ser encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde, à CIR e à CIB. No caso do estado, a Comissão Intergestores Bipartite e o Distrito Federal deve encaminhar informação sobre a adesão ao respectivo Conselho de Saúde. Fonte: parágrafo 3º do art. 590 da PRC GM/MS nº 5.

Fase 2 do PMAQ-AB

- É denominada Certificação e será composta por: I – avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, que será coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados; II – avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização, conforme disposto no art. 509; e III – verificação da realização de momento autoavaliativo pelos profissionais das equipes de atenção básica. Fonte: *caput do art. 510 da PRC GM/MS nº 5.*

Fase 2 do PMAQ-CEO

- Denominada Certificação e será composta por: I – avaliação externa de desempenho dos CEO e da gestão da atenção especializada em saúde bucal, que será coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados e pesquisa de satisfação do usuário; II – avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização; e III – verificação da realização de momento autoavaliativo pelos profissionais dos CEO. Fonte: *caput do art. 591 da PRC GM/MS nº 5.*

Fase 3 do PMAQ-AB

- É denominada Recontratualização, que se caracteriza pela pontuação singular do Distrito Federal e dos Municípios com incremento de novos padrões e indicado-

res de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados na fase 2 do PMAQ-AB. Fonte: *caput do art. 511 da PRC GM/MS nº 5.*

Fase 3 do PMAQ-CEO

- Denominada Recontratualização, que se caracteriza pela pontuação singular dos estados, municípios e do Distrito Federal com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados nas Fases 2 do PMAQ-CEO. Fonte: *caput do art. 592 da PRC GM/MS nº 5.*

Fase de Apresentação de Projeto

- No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), a etapa em que a instituição credenciada apresenta projeto de modo detalhado para análise pelo Ministério da Saúde. Fonte: *inciso VIII do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Fase de Credenciamento

- No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), a etapa inicial em que as instituições proponentes enviam ao Ministério da Saúde requerimento e documentos solicitando participação no Pronon ou no Pronas/PCD. Fonte: *inciso IX do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Fator de Risco

- No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violência, elemento de qualquer origem que possa comprometer ou colocar em risco a integridade física e ou emocional de um indivíduo. Fonte: *Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.*

Fator Perinatal

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, ocorrência identificada no período que vai desde a vigésima semana ou mais de gestação e termina após o vigésimo oitavo dia do nascimento. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Fator Pós-natal

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a ocorrência identificada após o nascimento. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Ferramenta de Gestão da Clínica

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é um conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado destinado a promover uma atenção à saúde de qualidade, como protocolos e diretrizes clínicas, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma, ecomapa, gestão de listas de espera, auditoria clínica, indicadores de cuidado, entre outras. Para a utilização dessas ferramentas, deve-se considerar a clínica centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, oportunamente prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.

Ferramenta de Microgestão

1. No âmbito de Rede de Atenção à Saúde (RAS), é aquela que parte das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenhar a RAS e ofertar outras ferramentas como a gestão da condição de saúde, gestão de casos, auditoria clínica e as listas de espera. Fonte: Anexo 1 da PRC GM/MS nº 3.

Ferramentas de Regulação

1. No âmbito de operacionalização das Centrais SAMU-192, incluem: a) mapas do município e região de cobertura do serviço, onde estejam localizados os serviços de saúde, bases descentralizadas do SAMU, outras ambulâncias ou serviços de transporte inclusive privados, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária e outros; b) mapas do município e região de cobertura do serviço, com as estradas e principais vias de acesso,

registro de barreiras físicas e outros fatores que dificultem o acesso a cada local; c) listas de telefones de todos os serviços de saúde do município ou região, além de outros setores envolvidos na assistência à comunidade; d) grades pactuadas, regionalizadas e hierarquizadas, com informações efetivas sobre a composição e a capacidade operativa diária e horária da estrutura dos serviços, organizados em redes e linhas de atenção, hierarquizados por complexidade de resposta técnica. Essas grades deverão ser mantidas atualizadas diariamente pelos serviços, indicando e justificando se há impedimento de uso do potencial do serviço, ocasião em que os serviços comunicarão formalmente por escrito a alteração transitória de grade e, em caso de alteração definitiva, deverão comunicar com antecedência adequada ao comitê gestor das urgências e ao gestor municipal ou estadual competente; e) mecanismos de relacionamento direto com as centrais de regulação de leitos hospitalares, consultas ambulatoriais especializadas e serviços auxiliares de diagnóstico, quando estas existiram ou criação e utilização de planilhas auxiliares com vagas/censos diários etc; f) diretrizes técnicas de regulação médica e de atendimentos de urgência; g) agenda de eventos; h) planos para manejo de situações complexas, envolvendo muitas pessoas afetadas, com perda ou não da capacidade de resposta por setores públicos e privados encarregados (planos de desastre com protocolos integrados entre todos os agentes públicos e privados responsáveis); e i) manuais de normas e rotinas do serviço. Fonte: Anexo 4 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

Fiscalização [da Participação Complementar]

1. No âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), verificação do cumprimento das condições descritas no instrumento contratual, nos termos do art. 67 da Lei nº 8.666, de 1993, no âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Fonte: *inciso XII do caput do art. 129 da PRC GM/MS nº 1.*

FISH em Metáfase ou Núcleo Interfásico, por Doença

1. No âmbito dos Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras,

técnica usada para verificar a presença ou ausência, o número de cópias e a localização cromossômica de uma sequência de DNA específica tanto nos cromossomos em metáfase quanto nas células em interfase. Fonte: Anexo 3 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.

Fitoterapia

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é uma “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Florestania

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPC-FA), sentimento de pertencer à floresta e ser responsável pela sua conservação; conjunto de valores éticos, conceitos e comportamentos aprendidos na convivência com a floresta; direitos dos seres vivos habitantes da floresta, direitos da floresta compreendida como um ser vivo; noção equivalente à de cidadania, porém aplicada às populações da floresta. Fonte: inciso XII do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.

Fluoretação

1. No âmbito das Normas e Padrões sobre Fluoretação da Água dos Sistemas Públicos de Abastecimento, Destinada ao Consumo Humano, teor de concentração do íon fluoreto presente na água destinada ao consumo humano, apto a produzir os efeitos desejados à prevenção da cárie dental. Fonte: inciso I do caput do art. 2º do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 5.

FN-SUS ver Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS)

Focalização Isoelétrica da Transferrina

1. No âmbito dos Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras,

consiste em teste pelo método de isoeletrofocalização, para detecção de todos os subtipos de defeitos congênitos da glicosilação tipo I. O agravo é decorrente da deficiência, ou ausência, de carboidratos, secundária à secreção de glicoproteínas, especialmente transferrina sérica, devido à atividade enzimática anormal da fosfomanomutase. Fonte: Anexo 3 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.

Fomento ao Desenvolvimento Tecnológico, Produção e Inovação (em parceria com o BNDES e FINEP) em Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde

1. Apoio a programas e projetos de apoio tecnológico ao setor produtivo quanto a: obtenção de certificações internacionais e superação de barreiras técnicas, visando à exportação; adequação de produtos a normas técnicas; adequação de processos produtivos; e ampliação da capacidade de diferenciação de produtos e inovação de processos. Rede de Integração de tecnologias utilizadas em produtos médicos objetivando: monitorar as demandas tecnológicas do setor de produtos médicos e identificar em outros setores industriais quem pode suprir tais demandas; e apoiar projetos entre empresas fornecedoras e ICT's, para integração de tecnologias visando ao desenvolvimento de novos produtos e processo produtivos. Estimular a formação e a capacitação de recursos humanos na área de Engenharia Biomédica; Gestão da P, D & I; Segurança e Gerenciamento de Riscos em Tecnologia Médica; Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos; Avaliação Tecnológica de Produtos Médicos; Certificação, Ensaios e Qualificação Produtos Médicos; Treinamento em Operação e Segurança de Equipamentos Médico-Hospitalares; e Gerenciamento da Inovação de Tecnologias Médicas. Estabelecer mecanismos e programas para transferência de tecnologias estratégicas ao SUS; mapeamento das tecnologias estratégicas ao SUS; identificação e consolidação de parcerias estratégicas com institutos de tecnologia no Brasil e no exterior; estimular a implantação de centros de P,D&I no País; e fomentar programas e projetos que objetivem a transferência de tecnologias a empresas brasileiras. Fonte: Anexo XCIV da PRC GM/MS nº 5.

Fontes de Comprovação em Modelo para Apresentação de Projetos Referentes ao PROADI-SUS

1. Onde se encontram as informações e os dados dos indicadores, ou seja, os locais e os documentos que poderão ser utilizados para verificar o conteúdo dos indicadores. Fontes podem ser estatísticas oficiais, pesquisas de opinião pública para os indicadores de efeito e são geralmente documentos produzidos pelo próprio sistema de informações gerenciais do projeto para os resultados. Considera-se fundamental que fontes adequadas existam e sejam confiáveis. Fonte: Anexo 5 do Anexo XCIII da PRC GM/MS nº 5.

Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) (FN-SUS)

1. No âmbito da Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), programa de cooperação voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população. Fonte: *inciso II do caput do art. 23 da PRC GM/MS nº 1.*

Formação dos Trabalhadores de Nível Técnico ver Formação Técnica dos Trabalhadores de Nível Médio

Formação e Educação Permanente

1. No âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, é um dos seus temas prioritários e compreende mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde e incluí-la nos espaços de educação permanente. Fonte: *inciso I do caput do art. 10 do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Formação Profissional

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), conjunto de atividades que visa à aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e

formas de comportamento exigidos para o exercício das funções próprias de uma profissão ou grupo de profissões em qualquer ramo de atividade econômica. Fonte: *inciso X do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Formação Técnica dos Trabalhadores de Nível Médio

1. As ações para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de nível técnico da área da saúde devem ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre as três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços de saúde e o controle social. Fonte: *Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 6.*
2. Componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população, tendo em vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações e serviços de saúde. Fonte: *Anexo XCIII da PRC GM/MS nº 6.*

Forma de Comercialização

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, forma na qual o medicamento é vendido: supositório, comprimido, cápsulas. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Forma de Contratação com o Empregador

1. Identifica o tipo de contrato realizado entre o profissional e seu contratante, seja ele o próprio estabelecimento de saúde, sua mantenedora ou um ente/entidade terceira. Fonte: *inciso II do caput do art. 381 da PRC GM/MS nº 1.*

Forma de Contratação com o Estabelecimento ou sua Mantenedora

1. Demonstra qual a relação entre o profissional e o estabelecimento de saúde ou sua mantenedora. Fonte: *inciso I do caput do art. 381 da PRC GM/MS nº 1.*

Formas de Contratação dos Profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

1. No âmbito das Formas de Contratação dos Profissionais, conforme descrição do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a estrutura termino-

lógica é dividida em: 1) Estatutário Efetivo: I – Servidor Próprio: Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta, ocupante de cargo efetivo do próprio ente público regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social. II – Servidor Cedido: Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta ocupante de cargo efetivo, cedido por outro ente público, regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social. 2) Empregado Público Celetista: I – Próprio: Empregado público do próprio ente/entidade pública da Administração Pública Direta ou Indireta, ocupante de emprego público, contratado pelo regime CLT por prazo indeterminado. II – Cedido: Empregado público, cedido por outro ente/entidade pública da Administração Direta ou Indireta, ocupante de emprego público, contratado pela CLT por prazo indeterminado. 3) Contratado Temporário ou por Prazo/Tempo Determinado: I – Público: Trabalhador temporário, contratado pela Administração Pública Direta ou Indireta por prazo/tempo determinado, regido por lei específica (federal, estadual, distrital ou municipal) ou pela CLT. II – Privado: Trabalhador temporário, contratado por pessoa física ou jurídica por prazo determinado, regido pela CLT. 4) Cargo Comissionado: I – Servidor Público Próprio: Servidor ou empregado público efetivo, próprio do ente ou entidade pública da Administração Direta ou Indireta, ocupante de cargos de livre nomeação e exoneração. II – Servidor Público Cedido: Servidor ou empregado público efetivo da Administração Pública Direta ou Indireta, cedido por outro ente ou entidade pública, ocupante de cargos de livre nomeação e exoneração. III – Sem Vínculo com o Setor Público: Trabalhador não efetivo ocupante de cargos de livre nomeação e exoneração, sem vínculo com setor público. 5) Celetista: Trabalhador vinculado a empregador pessoa jurídica de natureza privada ou pessoa física, por contrato de trabalho regido pela CLT, por prazo indeterminado. 6) Pessoa Jurídica: Trabalhador pessoa jurídica, sem vínculo empregatício com seu contratante, proprietário/sócio de empresa privada. 7) Pessoa Física: Trabalhador pessoa física, sem vínculo empregatício, contratado para prestação de apoio técnico/serviços com objetivos específicos durante determinado prazo. 8) Cooperado: Trabalhador associado à cooperativa e que presta serviços na rede própria da cooperativa, sem vínculo empregatício. 9) Residente: I – Próprio: Profissional cursando residência médica ou multiprofissional, caracterizada por treina-

mento em serviço, com bolsa financiada pela instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento. II – Subsidiado por outro Ente/Entidade: Profissional cursando residência médica ou multiprofissional, caracterizada por treinamento em serviço, com bolsa subsidiada por outro ente/entidade. 10) Estagiário: I – Próprio: Estudante de instituições de educação superior, educação profissional, ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, desenvolvendo atividades curriculares obrigatórias ou não obrigatórias, em ambiente de trabalho na modalidade profissional da educação de jovens e adultos. Pode ser remunerado, ou não, pela instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento. Regido pela Lei nº 11.788/2008. II – Subsidiado por outro Ente/Entidade: Estudante de instituições de educação superior, educação profissional, ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, desenvolvendo atividades curriculares obrigatórias ou não obrigatórias, em ambiente de trabalho na modalidade profissional da educação de jovens e adultos. Pode ser remunerado, ou não, por outro ente/entidade (pública ou privada). Regido pela Lei nº 11.788/2008 (Lei do estágio). 11) Bolsista: I – Próprio: Profissional ou estudante que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão/ensino-serviço financiada por instituição (pública ou privada) responsável pelo estabelecimento. Não regido pela Lei nº 11.788/2008 (Lei do estágio). II – Subsidiado por outro Ente/Entidade: Profissional ou estudante que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão/ensino-serviço financiada por outro ente/entidade (pública ou privada). Não regido pela Lei nº 11.788/2008 (Lei do estágio). 12) Empregado Público Celetista: Empregado público intermediado por ente/entidade pública, ocupante de emprego público, contratado pelo regime CLT por prazo indeterminado. 13) Contratado Temporário ou por Prazo/Tempo Determinado: Trabalhador temporário intermediado pela administração pública ou por pessoa física ou pessoa jurídica por prazo determinado, regido por lei específica (ente público) ou pela CLT. 14) Cargo Comissionado: Trabalhador sem vínculo ou servidor ou empregado público efetivo, ocupante de cargo de livre nomeação e exoneração intermediado por órgãos ou entidade da Administração Pública Direta ou Indireta. 15) Celetista: Trabalhador intermediado vinculado a empregador pessoa jurídica de natureza privada ou pessoa física, por contrato de trabalho regido pela CLT, por prazo indeterminado. 16) Autônomo: I – Pessoa Jurídica: Trabalhador pessoa jurídica, sem vínculo empregatício com o contratante intermedia-

dor, proprietário/sócio de empresa privada. II – Pessoa Física: Trabalhador pessoa física, sem vínculo empregatício com o intermediador, contratado para prestação de apoio técnico/serviços com objetivos específicos durante determinado prazo. 17) Cooperado: Trabalhador associado à cooperativa intermediadora que presta serviços na rede de saúde. 18) Servidor Público Cedido: Servidor da Administração Pública Direta ou Indireta ocupante de cargo efetivo, cedido por outro ente público, regido pelo Regime Jurídico Único (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a Regime Próprio de Previdência ou ao Regime Geral de Previdência Social. 19) Contratado Verbalmente: Profissional sem contrato formal com o empregador, aguardando sua regularização (situação excepcional). 20) Voluntariado: Profissional sem contrato formal com o empregador que atue de forma gratuita. 21) Empregado Público Celetista: Empregado público, cedido por ente/entidade pública da Administração Direta ou Indireta, ocupante de emprego público, contratado pela CLT por prazo indeterminado. 22) Cargo Comissionado: Trabalhador sem vínculo ou servidor ou empregado público efetivo, ocupante de cargo de livre nomeação e exoneração intermediado por órgãos ou entidade da Administração Pública Direta ou Indireta. Fonte: Anexo XXXIV da PRC GM/MS nº 1.

Ver também: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Terminologia de Formas de Contratação de Profissionais Aplicadas pelo CNES.

Formulação Farmacêutica

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, relação quantitativa de farmoquímicos que compõem um medicamento. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Formulário Terapêutico Nacional (FTN)

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, documento que reúne os medicamentos disponíveis em um país e que apresenta informações farmacológicas destinadas a promover o uso efetivo, seguro e econômico destes produtos. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.
2. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, o FTN contém informações científicas e embasadas em evidências sobre os medicamentos selecionados na RENAME, visando subsidiar os profissionais de saúde em prescrição, dispensação e uso dos medicamentos essenciais. Fonte: *caput do art. 9º do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Fornecedor [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, pessoa física ou jurídica que fornece um produto ou serviço à organização. Fonte: *inciso XXI do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena

1. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, de caráter permanente e consultivo, e com as seguintes competências: I – participar da formulação e do acompanhamento da execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; II – zelar pelo cumprimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; e III – promover o fortalecimento e a articulação do controle social no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e do SUS. Fonte: *caput do art. 15 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*
2. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tem por finalidade zelar pelo cumprimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde, das Leis Complementares Específicas a Saúde Indígena, promover o fortalecimento e a promoção do controle social em saúde e atuar na formulação e no controle da execução da política nacional de atenção a saúde indígena. Tem caráter consultivo, propositivo e analítico e será a instância máxima de assessoramento das Políticas de Saúde Indígena, da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, sem prejuízo das competências deliberativas do Conselho Nacional de Saúde. Tem caráter consultivo, propositivo e analítico e será a instância máxima de assessoramento das Políticas de Saúde Indígena, da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, sem prejuízo das competências deliberativas do Conselho Nacional de Saúde. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*
3. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, compete: I – acompanhar a execução da Política Nacional de Saúde Indígena; II – apreciar e dar parecer sobre critérios que definam o padrão de qualidade, os parâmetros assistenciais e a melhor resolutividade das ações e dos serviços de Saúde Indígena, verificando avanços epidemiológicos, tecnológicos e científicos; III – tomar conhecimento e opinar sobre critérios estabelecidos para contratação ou celebração de convênios com serviços públicos e privados; IV – receber, apreciar e opinar sobre relatórios de movimentação

de recursos da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), destinados a ações de Saúde Indígena, já analisados pelos setores técnicos de planejamento, orçamento e gestão; V – receber, apreciar e opinar sobre fatos, atos ou omissões que representem risco ou provoquem danos à saúde indígena, imputados por qualquer pessoa, ente público ou privado; VI – definir, acompanhar e monitorar as Políticas de capacitação das instâncias de Controle Social do Subsistema de Saúde Indígena, local, distrital e nacional; VII – definir um calendário de ações com base nos Planos Distritais de Saúde Indígena e acompanhar e assessorar as reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena e Conselho Locais de Saúde Indígena; VIII – acompanhar e monitorar a execução das proposições estabelecidas pela Conferência Nacional de Saúde Indígena; IX – discutir questões referentes ao funcionamento regular dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena e Conselhos Locais de Saúde Indígena; X – propor recomendações para a SESA, visando ao aperfeiçoamento das ações de controle social na Saúde Indígena; XI – socializar informações e decisões relativas à gestão participativa e ao controle social; XII – envolver dirigentes e técnicos no debate das questões relacionadas à gestão participativa e ao controle social; XIII – contribuir para a integração e a articulação das ações das diversas áreas da SESA com o controle social nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas; e XIV – contribuir na elaboração, na implantação e na implementação de normas, instrumentos e métodos necessários à implementação da gestão participativa e do controle social no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Fonte: *caput do art. 5º do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude

1. No âmbito da Política de Saúde Mental, tem as atribuições de: I – funcionar como espaço de articulação intersectorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área; II – estabelecer diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo da atenção à saúde mental infantojuvem; III – promover a integração, a articulação e a interlocução entre as diversas instituições que atuam no campo da atenção à saúde mental dessa população; e IV – produzir conhecimento e informações que subsidiem as instituições responsáveis pelas políticas públicas nessa área, nos diversos âmbitos de gestão. Fonte: *caput do art. 8º do Anexo II da PRC GM/MS nº 2.*

FTN ver Formulário Terapêutico Nacional

FUNAI ver Fundação Nacional do Índio

Funcionalidade Restrita

1. Módulo disponível na interface “web” do SIOPS no Portal da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br, para atualização de dados e informações que sejam relativas à operacionalização do sistema, com acesso disponível apenas para usuários previamente cadastrados. Fonte: *inciso IV do caput do art. 443 da PRC GM/MS nº 1.*

Fundação Nacional do Índio (FUNAI)

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, é o órgão indigenista oficial, vinculado ao Ministério da Justiça, responsável pela coordenação das ações do governo federal destinadas a assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país. Entre suas principais atribuições está a garantia dos territórios indígenas, por meio de uma política de demarcação, fiscalização e retirada de invasores, ação que assume relevância primordial entre os fatores determinantes de saúde e qualidade de vida destas populações. Os projetos de desenvolvimento sustentável e manejo adequado do meio ambiente deverão ser priorizados por essa instituição. A FUNAI deve fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em prol das comunidades indígenas. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, órgão indigenista oficial, vinculado ao Ministério da Justiça, responsável pela coordenação das ações do governo federal destinadas a assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país. Entre suas principais atribuições está a garantia dos territórios indígenas, por meio de uma política de demarcação, fiscalização e retirada de invasores, ação que assume relevância primordial entre os fatores determinantes de saúde e qualidade de vida destas populações. Os projetos de desenvolvimento sustentável e manejo adequado do meio ambiente deverão ser priorizados por essa instituição. A FUNAI deve fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em prol das comunidades indígenas. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

Fundo de Saúde

1. No âmbito da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde. Fonte: *caput do art. 14 da Lei Complementar FED 141 de 13/01/2012.*

Letra G

GAE ver Grupo de Assessoramento Estratégico

Garantia da Qualidade

1. No âmbito dos procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, o procedimento de controle da qualidade para monitorar a validade dos ensaios realizados. Fonte: *inciso XVII do caput do art. 5º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 5.*

GAT ver Grupo de Assessoramento Técnico

Gays ver Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)

Genética Clínica

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, o ramo da medicina que trata dos fenômenos da hereditariiedade. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Geoterapia

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é a prática que contribui com ampliação e melhoramentos nos sistemas de abordagem integrativa, em intervenções clínicas. Prática milenar e de utilização variada pelos povos antigos, alterna desde embalsamentos, conservação de alimentos, tratamentos, manutenção da saúde, até fins estéticos. Tratados antigos mencionam que as argilas eram

prescritas para tratamentos de enfermidades e preservação da saúde, destacando grande emprego em casos de doenças osteomusculares, processos inflamatórios, lesões dérmicas, cicatrização de ferimentos, entre outros. A geoterapia é prática relativamente simples, na qual a argila (cor selecionada de acordo com o objetivo de tratamento) é diluída em água e manipulada até formar um material homogêneo, de textura colóide para ser aplicada no corpo. Essa massa de argila é rica em elementos minerais e estruturas cristalográficas que permitem reações bioquímicas e vibracionais nos tratamentos de saúde. As reações bioquímicas são amplamente discutidas e fundamentadas pela presença de elementos minerais que cada tipo de argila compõe, do tipo de água utilizada para diluição, tempo de contato com pele, temperatura etc. As reações vibracionais, somadas ao contexto anterior, são resultantes da carga elétrica gerada pelas estruturas cristalinas que a formam a argila, instituindo assim, cristalografia como parte integrante da geoterapia. As possibilidades de aplicação são muitas podendo ser utilizada de modo associado a outras terapias como reflexoterapia, auriculoterapia, massoterapia, fitoterapia, florais, cromoterapia, entre outras, possibilitando ampla atuação nos processos terapêuticos e atendendo as necessidades dos usuários. É um recurso que tem história bem definida, não invasiva, segura e com relatos clínicos de eficácia apresentado em estudos antigos e atuais, passível de incorporar benefícios ao Sistema Único de Saúde. Fonte: *Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.*

Gerência

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, é a administração de uma unidade ou órgão de saúde, tais como ambulatório, hospital, instituto e fundação, que se caracteriza como prestador de serviços do SUS. Fonte: *inciso VIII do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito das definições que objetivam possibilitar uma mesma compreensão do Termo de Compromisso de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), Gerência é a administração de uma unidade ou órgão de saúde (unidade básica de saúde, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços no Sistema Único de Saúde. Fonte: *Anexo XIV da PRC GM/MS nº 1.*

Gerência Administrativa do Programa Farmácia Popular do Brasil

1. No âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), compete: I – dar suporte à instalação e à manutenção de unidades mediante a celebração de convênios ou parcerias entre o Ministério da Saúde, a FIOCRUZ, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios E Instituições; II – acompanhar e monitorar o gerenciamento das farmácias do PFPB; III – participar do planejamento de aquisição de produtos, de reposição de estoques de produtos, outros insumos materiais, equipamentos e contratação de serviços necessários para a implantação das unidades do PFPB; IV – acompanhar os processos de logística referentes à guarda, ao transporte e à distribuição de medicamentos e correlatos, insumos diversos, materiais e equipamentos das unidades do PFPB; e V – aprovar os projetos das instalações e áreas físicas das farmácias a serem implantadas pelos Estados, Distrito Federal, Municípios e entidades conveniadas, visando adequação ao disposto no Manual Básico do PFPB. Fonte: *caput do art. 58 do Anexo LXXVII da PRC GM/MS nº 5.*

Gerenciamento de Leitos

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, dispositivo para otimização da utilização dos leitos, aumentando a rotatividade dentro de critérios técnicos, visando diminuir o tempo de internação desnecessário e abrir novas vagas para demandas represadas. Fonte: *inciso XI do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Gerenciamento de Risco

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, e considerando as Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais, aplicação sistemática de políticas de gestão, procedimentos e práticas na análise, avaliação, controle e monitoramento de risco. Fonte: *Anexo 2 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Gerenciamento de Tecnologias

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, e considerando as Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais, a farmácia hospitalar deve participar do gerenciamento de tecnologias, englobando a qualificação de fornece-

dores, armazenamento, distribuição, dispensação e controle dos medicamentos, outros produtos para a saúde, produtos de higiene e saneantes usados pelos pacientes, em atendimento pré-hospitalar, pré-hospitalar de urgência e emergência, hospitalar (internamento e ambulatorial) e domiciliar, bem como pelo fracionamento e preparo de medicamentos. As políticas e procedimentos que regulam essas atividades devem ser estabelecidos com a participação da equipe multiprofissional e comissões assessoras. Fonte: *Anexo 2 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito das Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais da Política Nacional de Medicamentos, distribuição, dispensação e controle de medicamentos e de outros produtos para a saúde. Fonte: *Anexo 2 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Gerência Técnica do Programa Farmácia Popular do Brasil

1. No âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), compete: I – monitorar a qualidade dos serviços prestados pelas unidades vinculadas ao PFPB; II – coordenar as ações de formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento das atividades; III – coordenar as ações de atenção e de informação ao usuário, aos profissionais de saúde e aos parceiros; IV – promover a avaliação permanente da lista de produtos e serviços disponibilizados; e V – coordenar a elaboração de manuais e procedimentos operacionais referentes a todas as atividades técnicas e às ações desenvolvidas nas farmácias. Fonte: *caput do art. 57 do Anexo LXXVII da PRC GM/MS nº 5.*

Gerente de Atenção Básica

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, é um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão: I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar

tar a organização do processo de trabalho na UBS; II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais; III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas; IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos; VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe; VII. Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoиando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos; VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento; IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS; X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis; XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território; XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros; XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social; XIV.- Tomar as providências cabíveis

no menor prazo possível quanto a ocorrências que interferam no funcionamento da unidade; e XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Gestação, Parto e Nascimento

1. No âmbito das Diretrizes de Organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco da Rede Cegonha, fenômenos fisiológicos que devem ser parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Fonte: *inciso I do caput do art. 37 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

Gestação, Parto e Puerpério de Risco

1. No âmbito das Diretrizes de Organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco da Rede Cegonha, situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis. Fonte: *inciso II do caput do art. 37 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

Gestação de Baixo Risco

1. No âmbito das Diretrizes para Implantação e Habilitação de Centro de Parto Normal (CPN) da Rede Cegonha, gestação na qual os fatores de risco indicam que a morbimortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, sem necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica. Fonte: *inciso III do caput do art. 12 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

Gestão

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, gestão é a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde municipal, distrital, estadual ou nacional, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, envolvendo as macrofunções de formulação de políticas/planejamento, financiamento, coordenação, regulação, controle e avaliação do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados e prestação direta de serviços de saúde.

Fonte: *inciso IX do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), a gestão da atenção hospitalar no SUS será definida em consonância com o desenho da RAS, de acordo com: I – o papel do hospital na rede; II – a implementação de fluxos regulatórios; III – a contratualização; e IV – os critérios de monitoramento e avaliação. Fonte: *caput do art. 19 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*
3. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, entendida como: I) Gestão da Clínica implica a aplicação de tecnologias de micro-gestão dos serviços de saúde com a finalidade de: a) assegurar padrões clínicos ótimos; b) aumentar a eficiência; c) diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais; d) prestar serviços efetivos; e e) melhorar a qualidade da atenção à saúde. II) Gestão da condição da saúde: Mudança de um modelo de atenção à saúde focada no indivíduo, por meio de procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada numa população adscrita, que identifica pessoas em risco de adoecer ou adoecidas, com foco na promoção da saúde e/ou ação preventiva, ou a atenção adequada, com intervenção precoce, com vistas a alcançar melhores resultados e menores custos. Sua premissa é a melhoria da qualidade da atenção à saúde em toda a RAS. Para tanto, engloba o conjunto de pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base em evidência disponível na literatura científica. Pode ser definida como a gestão de processos de uma condição ou doença que envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção da condição ou doença e no seu tratamento e reabilitação. III) Gestão dos riscos coletivos e ambientais: Passa pela vigilância, prevenção e controle das doenças, agravos e fatores de risco, onde o foco é a identificação oportuna de problemas de saúde na população, a identificação das causas e fatores desencadeantes, a descrição do comportamento, a proposição de medidas para o controle ou eliminação e o desencadeamento das ações. Os problemas podem se manifestar através de doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, agravos à saúde como as violências, exposição a produtos danosos à saúde, alterações do meio ambiente, ou ambiente de trabalho, entre outros. IV) Gestão de caso: processo que se desenvolve entre o profissional responsável pelo caso e o usuário do serviço de saúde para planejar, monitorar e avaliar ações e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa, com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade e humanizada. Seus objetivos são: a) atender às necessidades e expectativas de usuários em situação especial; b) prover o serviço certo ao usuário no tempo certo; c) aumentar a qualidade do cuidado; e d) diminuir a fragmentação da atenção. É, portanto, uma relação personalizada entre o profissional responsável pelo caso e o usuário de um serviço de saúde. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*
4. No âmbito das definições que objetivam possibilitar uma mesma compreensão do Termo de Compromisso de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), define-se: I - Gestão: atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde – municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, dentre outras; II - Co-gestão no Processo Regulatório: Relação intergestora que permite e articulação e integração dos dispositivos de Regulação de Acesso (centrais de internação, centrais de consultas especializadas e exames, protocolos assistenciais) com outras ações da Regulação da Atenção à Saúde (contratação, controle assistencial e avaliação) assim como com outras funções da Gestão (programação e regionalização). Fonte: *Anexo XIV da PRC GM/MS nº 1.*
5. No âmbito da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, define-se Gestão de Tecnologias em Saúde como o conjunto de atividades gestoras relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XLI da PRC GM/MS nº 2.*
6. No âmbito Políticas Nacionais de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) criará e regulamentará os seguintes instrumentos de gestão: I – Guia de Boas Práticas na especialidade de traumato-ortopedia, contendo recomendações de indicação e contra-indicação de procedimentos de traumato-ortopedia constantes da tabela do SUS; II – Indicadores de qualidade para avaliação das unidades credenciadas; e III – Registro Brasileiro de Cirurgia Traumato-Ortopédica para prover a Autorização de Internação Hospitalar - AIH - de dados para rastreamento e avaliação futura de procedimentos, tornando-o de preenchimento obrigatório. Fonte: *caput do art. 10 do Anexo XXXIV da PRC GM/MS nº 2.*

7. No âmbito da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, ficam instituídos os seguintes instrumentos de gestão: I – avaliação da qualidade das Unidades cadastradas e das Normas de Acompanhamento de Procedimentos de Alta Complexidade; e II – formulários de registros de preenchimento obrigatório: "Registro Brasileiro de Cirurgia Cardiovascular", "Registro Brasileiro de Marcapasso, Desfibrilador e Ressincronizador Cardíacos", "Registro Brasileiro de Cirurgia Vascular", "Registro Brasileiro de Procedimentos da Cardiologia Intervencionista", "Registro Brasileiro de Procedimentos Endovasculares Extracardíacos" e "Registro Brasileiro de Procedimentos em Eletrofisiologia". Fonte: *caput do art. 6º do Anexo XXXI da PRC GM/MS nº 2.*
8. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), a gestão da atenção hospitalar será pautada: I – na garantia do acesso e qualidade da assistência; II – no cumprimento de metas pactuadas na contrataualização com o gestor; III – na eficiência e transparência da aplicação dos recursos; e IV – no planejamento participativo e democrático. Será definida em consonância com o desenho da RAS, de acordo com: I – o papel do hospital na rede; II – a implementação de fluxos regulatórios; III – a contratualização; e IV – os critérios de monitoramento e avaliação. Fonte: *caput do art. 18 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*
9. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, gestão da clínica trata das práticas assistenciais e gerenciais desenvolvidas a partir da caracterização do perfil dos usuários por meio da gestão de leitos, corresponsabilização das equipes e avaliação de indicadores assistenciais. Fonte: *inciso X do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*
10. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), a Gestão Estratégica e Participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde. Requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe, portanto, a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças. Implica, sempre, na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões, ensejando resultados mais ex-

pressivos e duradouros. Integra a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS, nas três esferas de governo, tais como conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, pólos de educação permanente em saúde e setoriais de saúde dos movimentos sociais, entre outros. Pressupõe, ainda, a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida. Esta prática amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. Para fins de delineamento do campo de conceituação da gestão participativa, suas práticas e mecanismos podem ser agrupados de acordo com as instituições, atores e segmentos sociais envolvidos, nos seguintes tipos: I – Mecanismos institucionalizados de controle social, representados pelos conselhos de saúde e pelas conferências de saúde, envolvendo o governo, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada, nas três esferas de governo. Recentemente, vêm sendo propostos conselhos regionais, bem como conferências e plenárias regionais. II – Processos participativos de gestão, integrando a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS, nas três esferas de governo, tais como conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, pólos de educação permanente em saúde e setoriais de saúde dos movimentos sociais, entre outros. III – A estruturação das mesas de negociação como ferramenta para a gestão do trabalho vem-se consolidando como inovadora prática de gestão participativa das relações de trabalho, nas três esferas de governo. Instâncias de pactuação entre gestores, como as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), envolvendo representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que conta com representantes do Ministério da Saúde, além dos representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, constituindo espaços de ações compartilhadas, estratégicas e operacionais da gestão do SUS. IV – Mecanismos de mobilização social que representam dispositivos para a articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e o direito à saúde, ampliando espaços públicos (coletivos) de participação e interlocução entre trabalhadores de saúde, gestores e movimentos populares. V – Processos

de educação popular em saúde desenvolvidos no diálogo permanente com movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS. VI – Reconstituição do significado da educação em saúde que se desenvolve nas escolas, nas universidades e nos serviços de saúde, fortalecendo o protagonismo na produção de saúde e na formação de cidadãos em defesa do SUS. VII – Ações articuladas entre diferentes setores de governo e a sociedade civil (intersetorialidade) caracterizando o compartilhamento de decisões entre instituições governamentais e da sociedade civil, que atuam na produção social da saúde. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.

dos serviços de saúde com a finalidade de: a) assegurar padrões clínicos ótimos; b) aumentar a eficiência; c) diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais; d) prestar serviços efetivos; e e) melhorar a qualidade da atenção à saúde”. Fonte: Anexo I da PRC GM/MS nº 3.

Gestão da Política de Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), envolve a implementação de práticas de gestão estratégica com ações de auditoria do SUS e de monitoramento e avaliação da gestão do SUS. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.

Gestão Colegiada

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, introduz uma mudança estrutural nas linhas formais de elaboração de propostas, coordenação e execução financeira. Trata-se de uma nova estrutura organizacional onde todos aqueles que trabalham com o mesmo objeto (educação dos profissionais de saúde para o SUS) estão convidados a trabalhar juntos, sob a mesma organização de gestão integrando o Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS e participando da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Fonte: Anexo 1 do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.

Gestão da Atenção Hospitalar

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), é aquela pautada: I – na garantia do acesso e qualidade da assistência; II – no cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor; III – na eficiência e transparéncia da aplicação dos recursos; e IV – no planejamento participativo e democrático. Fonte: *caput do art. 18 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), é definida em consonância com o desenho da RAS, de acordo com: I – o papel do hospital na rede; II – a implementação de fluxos regulatórios; III – a contratualização; e IV – os critérios de monitoramento e avaliação. Fonte: *caput do art. 19 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Gestão da Clínica

1. No âmbito de Rede de Atenção à Saúde, é aquela que implica “a aplicação de tecnologias de micro-gestão

Gestão da Saúde em Estabelecimento de Saúde

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, é a atividade de cunho administrativo ou técnico-administrativo que engloba o planejamento e a administração de sistemas e de planos de saúde, a regulação assistencial, do acesso e de sistemas de saúde e a logística de insumos da atenção à saúde. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Gestão de Caso

1. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, é um processo que se desenvolve entre o profissional responsável pelo caso e o usuário do serviço de saúde para planejar, monitorar e avaliar ações e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa, com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade e humanizada. Seus objetivos são: a) atender às necessidades e expectativas de usuários em situação especial; b) prover o serviço certo ao usuário no tempo certo; c) aumentar a qualidade do cuidado; e d) diminuir a fragmentação da atenção. É, portanto, uma relação personalizada entre o profissional responsável pelo caso e o usuário de um serviço de saúde. Fonte: Anexo I da PRC GM/MS nº 3.

Gestão de Risco

1. No âmbito do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), é a aplicação sistemática e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

nal. Fonte: *inciso VI do caput do art. 160 da PRC GM/MS nº 5.*

Gestão de Tecnologias em Saúde

1. Para os fins da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, é o conjunto de atividades gestoras relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XLI da PRC GM/MS nº 2.*

Gestão dos Riscos Coletivos e Ambientais

1. Passa pela vigilância, prevenção e controle das doenças, agravos e fatores de risco, onde o foco é a identificação oportuna de problemas de saúde na população, a identificação das causas e fatores desencadeantes, a descrição do comportamento, a proposição de medidas para o controle ou eliminação e o desencadeamento das ações. Os problemas podem se manifestar através de doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, agravos à saúde como as violências, exposição a produtos danosos à saúde, alterações do meio ambiente, ou ambiente de trabalho, entre outros. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Gestão do Trabalho

1. No âmbito do Componente de Qualificação da Gestão, no Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, tem como objetivo: fortalecer as áreas de gestão do trabalho e educação na saúde nas SES e SMS. Fonte: *Anexo II da PRC GM/MS nº 6.*

Gestão Estadual de Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, tem como competência: I – promover a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito estadual; II – implementar as ações de combate ao racismo institucional nas ações e serviços de saúde em relação ao Povo Cigano/Romani, para redução das iniquidades em saúde; III – implementar a Política de Promoção da Equidade em Saúde para o Povo Cigano/Romani; IV – definir e gerir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB; V – promover a inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde, em consonância com as realidades locais e regionais, e no Plano Plurianual -

PPA setorial estadual, quando envolver despesas relativas aos programas de duração continuada, nos termos do § 1º do art. 165 da Constituição; VI – coordenar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito estadual; VII – identificar as necessidades de saúde desta população no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e os recursos; VIII – estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani; IX – incentivar a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani de forma participativa; X – desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores da saúde, voltadas para as especificidades do Povo Cigano/Romani; XI – desenvolver e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais voltados para as especificidades do Povo Cigano/Romani, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde; XII – estimular e fortalecer a representação do Povo Cigano/Romani nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e nas Conferências de Saúde; XIII – apoiar a implantação e implementação de instâncias municipais de promoção da equidade em saúde do Povo Cigano/Romani; XIV – instituir mecanismos de fomento à produção dos conhecimentos sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani; XV – adotar ações de divulgação, visando à socialização da informação e das ações de saúde para a promoção da saúde integral do Povo Cigano/Romani, com destaque para a produção dos conhecimentos sobre racismo institucional e seu impacto na atenção à saúde do Povo Cigano/Romani; XVI – prestar apoio e cooperação técnica aos municípios e viabilizar parcerias no setor público e privado para fortalecer as ações de saúde para o Povo Cigano/Romani; XVII – fomentar a articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política; e XVIII – incentivar e participar da elaboração dos Planos Municipais de Saneamento Básico para a promoção e proteção à saúde do Povo Cigano/Romani. Fonte: *caput do art. 7º do Anexo XXI-A da PRC GM/MS nº 2.*

Gestão Estratégica

1. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida. Esta prática amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.

Gestão Estratégica e Participativa

1. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.

Gestão Municipal de Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, tem como competência: I – promover a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito municipal; II – implementar as ações de combate ao racismo institucional nas ações e serviços de saúde em relação ao Povo Cigano/Romani, para redução das iniquidades em saúde; III – implementar as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde para o Povo Cigano/Romani; IV – definir e gerir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB; V – promover a inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde, em consonância com as realidades e a necessidades locais, e no Plano Pluriannual - PPA setorial, quando envolver despesas relativas aos programas de duração continuada, nos termos do § 1º do art. 165 da Constituição; VI – coordenar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani em consonância com o Pacto pela Saúde; VII – identificar as necessidades de saúde desta população no

âmbito municipal, considerando as oportunidades e os recursos; VIII – produzir dados estratificados sobre o Povo Cigano/Romani e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde; IX – estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani; X – desenvolver ações de educação permanente para os trabalhos de saúde voltados para as especificidades do Povo Cigano/Romani; XI – promover ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais voltadas para as especificidades de saúde voltadas para o Povo Cigano/Romani, com base nos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS; XII – adotar ações de divulgação, visando à socialização da informação e das ações de saúde para a promoção da saúde integral do Povo Cigano/Romani, com destaque para a produção dos conhecimentos sobre racismo institucional e seu impacto na atenção à saúde do Povo Cigano/Romani; XIII – estimular e fortalecer a representação do Povo Cigano/Romani no Conselho Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde; XIV – instituir de mecanismos de fomento à produção dos conhecimentos sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani; XV – fomentar a saúde integral e propiciar uma melhor condição de vida para o Povo Cigano/Romani, por meio das Políticas de Saneamento Básico para promoção, prevenção e controle de doenças e agravos; e XVI – articular de forma intersectorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. Fonte: caput do art. 8º do Anexo XXI-A da PRC GM/MS nº 2.

2. No âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, compete aos gestores municipais de saúde: I – executar as ações e serviços de saúde do trabalhador; II – coordenar, em âmbito municipal, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; III – conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; IV – pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Municipal de Saúde (CMS); V

– desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CMS; VI – constituir referências técnicas em saúde do trabalhador e/ou grupos matriciais responsáveis pela implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; VII – participar, em conjunto com o estado, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador; VIII – articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns; IX – regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência; X – implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como o registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no município, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; XI – instituir e manter cadastro atualizado de empresas classificadas nas diversas atividades econômicas desenvolvidas no município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para os trabalhadores e para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos, em articulação com a vigilância em saúde ambiental; XII – elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; XIII – capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CEREST, os profissionais e as equipes de saúde do SUS, para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, em consonância com as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; e XIV – promover,

no âmbito municipal, articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores. Fonte: *caput do art. 13 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.*

3. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade: a. Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS; b. Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e c. Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Gestão Participativa

1. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe, portanto, a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.*

Gestor

1. No âmbito do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências no SUS, chefe do Poder Executivo estadual, distrital ou municipal ou Secretário de Saúde estadual, distrital ou municipal. Fonte: *inciso IV do caput do art. 71 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*
2. Chefe do Poder Executivo estadual, do Distrito Federal ou municipal; secretário de saúde estadual, do Distrito Federal ou municipal. Fonte: *inciso VIII do caput do art. 770 da PRC GM/MS nº 6.*

Gestor Distrital

1. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), são suas atribuições e responsabilidades: 1. Desenvolver processo de monitoramento e avaliação abrangendo as diversas áreas da SES, acompanhar e apoiar as SMS do respectivo estado no desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação e monitorar os municípios e os consórcios intermunicipais de saúde; 2. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de

vida; 3. Apoiar a realização de pesquisa na área de gestão estratégica e participativa; 4. Promover atividades de educação e comunicação e apoiar as desenvolvidas pelos municípios; 5. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS, bem como a educação permanente dos conselheiros de saúde; 6. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral; 7. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o Plano Estadual de Saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde e à pactuação na Comissão Intergestores Bipartite; 8. Submeter o relatório de gestão anual à aprovação do Conselho Estadual de Saúde; 9. Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras; 10. Promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais; 11. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises, operar os sistemas de informação e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível estadual, dos sistemas de informação e manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); 12. Coordenar a implantação do componente Estadual de Auditoria do SUS, bem como apoiar a implantação dos componentes municipais; 13. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial, bem como auditar os sistemas municipais de saúde e realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão; 14. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS; 15. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde; 16. Viabilizar a participação dos conselheiros estaduais nas conferências estaduais de saúde e na plenária estadual dos conselhos de saúde, bem como os delegados da respectiva UF eleitos para participar das conferências nacionais de saúde; 17. Promover, em parceria com o CES, a realização das conferências estaduais de saúde, bem como colaborar na organização das conferências municipais de saúde; 18. Estimular o processo

de discussão e de organização do controle social no espaço regional; 19. Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais; 20. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.

Gestor Estadual

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, tem como responsabilidades: I - apoio à implementação desta Política em âmbito nacional; II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); III - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde, em âmbito estadual; IV - garantia da inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde e no PPA setorial estadual, em consonância com as realidades locais e regionais; V - identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e recursos; VI - implantação e implementação de instância estadual de promoção da equidade em saúde da população negra; VII - apoio à implantação e implementação de instâncias municipais de promoção da equidade em saúde da população negra; VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007); IX - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política; X - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra; XI - apoio aos processos de educação popular em saúde, referentes às ações de promoção da saúde integral da população negra; XII - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social; XIII - articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política; e XIV - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIX da PRC GM/MS nº 2.

2. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é aquele que tem por competência: a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo; c) Discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano; d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política; e) implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade loco regional; f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política; g) manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações; h) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; i) exercer a vigilância sanitária no tocante a Saúde da Pessoa Idosa e a ações decorrentes no seu âmbito; e j) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Estadual de Saúde. Fonte: Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.
3. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, tem como responsabilidades institucionais: - Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares na rede de saúde; - Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite; - Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política; - Implementar as diretrizes da educação permanente em consonância com a realidade loco-regional; - Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política; - Manter articulação com municípios para apoio à implantação e à supervisão das ações; - Divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS; - Acompanhar e coordenar a assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos; - Exercer a vigilância sanitária no tocante as Práticas Integrativas e Complementares e ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação; - Apresentar e aprovar proposta de inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no Conselho Estadual de Saúde. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.
4. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), são suas atribuições e responsabilidades: 1. Desenvolver processo de monitoramento e avaliação abrangendo as diversas áreas da SES, acompanhar e apoiar as SMS do respectivo estado no desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação e monitorar os municípios e os consórcios intermunicipais de saúde; 2. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúdedoença da população e na melhoria da qualidade de vida; 3. Apoiar a realização de pesquisa na área de gestão estratégica e participativa; 4. Promover atividades de educação e comunicação e apoiar as desenvolvidas pelos municípios; 5. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS, bem como a educação permanente dos conselheiros de saúde; 6. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral; 7. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o Plano Estadual de Saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde e à pactuação na Comissão Intergestores Bipartite; 8. Submeter o relatório de gestão anual à aprovação do Conselho Estadual de Saúde; 9. Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras; 10. Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais; 11. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises, operar os sistemas de informação e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível estadual, dos sistemas de informação e manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); 12. Coordenar a implantação do componente Estadual de Auditoria do SUS, bem como apoiar a implantação dos componentes municipais; 13. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial, bem como auditar os sistemas municipais de saúde e realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão; 14. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

15. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde; 16. Viabilizar a participação dos conselheiros estaduais nas conferências estaduais de saúde e na plenária estadual dos conselhos de saúde, bem como os delegados da respectiva UF eleitos para participar das conferências nacionais de saúde; 17. Promover, em parceria com o CES, a realização das conferências estaduais de saúde, bem como colaborar na organização das conferências municipais de saúde; 18. Estimular o processo de discussão e de organização do controle social no espaço regional; 19. Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais; 20. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS. Fonte: *Anexo I do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.*

Gestor Estadual de Redes

1. É atribuição do gestor estadual das Redes: I – coordenar a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública; II – avaliar as atividades desenvolvidas pelas unidades partícipes da Rede; e III – participar e controlar a execução das ações pactuadas na PPI. Fonte: *caput do art. 21 do Anexo II da PRC GM/MS nº 4.*

Gestor Federal

1. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), o órgão responsável é a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), com seus quatro departamentos: Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS e Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Fonte: *Anexo I do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, tem como responsabilidades: I - implementação desta Política em âmbito nacional; II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT); III - garantia da inclusão desta Política no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual - PPA setorial; IV - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde; V - garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS; VI - identificação das necessidades de saúde da população negra e cooperação técnica e financeira com os estados, o Distrito Federal e os mu-
- nicípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e os recursos; VII - apoio técnico e financeiro para implantação e implementação de instâncias de promoção de equidade em saúde da população negra no Distrito Federal, nos estados e nos municípios; VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007); IX - adoção do processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de promoção da saúde integral da população negra, garantindo tecnologias adequadas; X - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política; XI - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social; XII - definição de ações intersetoriais e pluri-institucionais de promoção da saúde integral da população negra, visando à melhoria dos indicadores de saúde dessa população; XIII - apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra; XIV - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra; XV - estabelecimento de parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde integral da população negra no âmbito do SUS; XVI - estabelecimento e revisão de normas, processos e procedimentos, visando à implementação dos princípios da equidade e humanização da atenção e das relações de trabalho; e XVII - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra. Fonte: *Anexo I do Anexo XIX da PRC GM/MS nº 2.*
3. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, tem como responsabilidades institucionais: - Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares no SUS; - Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite; - Estimular pesquisas nas áreas de interesse, em especial aquelas consideradas estratégicas para formação e desenvolvimento tecnológico para as Práticas Integrativas e Complementares; - Estabelecer diretrizes para a educação permanente em Práticas Integrativas e Complementares; - Manter articulação

com os estados para apoio à implantação e supervisão das ações; - Promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional; - Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política; - Divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS; - Garantir a especificidade da assistência farmacêutica em homeopatia e fitoterapia para o SUS na regulamentação sanitária; - Elaborar e revisar periodicamente a Relação Nacional de Plantas Medicinais, a Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização no SUS e a Relação Nacional de Fitoterápicos (esta última, segundo os critérios da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais/Rename); - Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos nas Relações Nacionais; - Elaborar e atualizar periodicamente as monografias de plantas medicinais, priorizando as espécies medicinais nativas nos moldes daquelas formuladas pela OMS; - Elaborar mementos associados à Relação Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos; - Estabelecer normas relativas ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos nas ações de atenção à saúde no SUS; - Fortalecer o Sistema de Farmacovigilância Nacional, incluindo ações relacionadas às plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos; - Implementar um banco de dados dos serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, das instituições de ensino e pesquisa, assim como de pesquisadores e resultados das pesquisas científicas em Práticas Integrativas e Complementares; - Criação de Banco Nacional de Preços para os insumos das Práticas Integrativas e Complementares pertinentes, para orientação aos estados e aos municípios. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

4. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é aquele que tem por competência: a) laborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo; c) estabelecer diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde da pessoa idosa; d) manter articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e supervisão das ações; e) promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional; f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política; g) divulgar a Política Nacional

de Saúde da Pessoa Idosa; e h) estimular pesquisas nas áreas de interesse do envelhecimento e da atenção à saúde da pessoa idosa, nos moldes do propósito e das diretrizes desta Política. Fonte: Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.

Gestor Municipal

1. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), são suas atribuições e responsabilidades: 1. Desenvolver processo de monitoramento e avaliação, abrangendo as diversas áreas da SMS; 2. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida; 3. Apoiar a realização de pesquisa na área de gestão estratégica e participativa; 4. Assumir responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de educação e comunicação, no âmbito local; 5. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral; 6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social no SUS, bem como a educação permanente dos conselheiros municipais e dos conselhos de gestão participativa; 7. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o plano municipal de saúde e submetendo-o à aprovação do conselho municipal de saúde; 8. Submeter o relatório de gestão anual à aprovação do conselho municipal de saúde; 9. Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras; 10. Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais; 11. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises, operar os sistemas de informação e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação e manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); 12. Coordenar a implantação do componente Municipal de Auditoria do SUS; 13. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em ar-

ticulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial, e realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão; 14. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS; 15. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria-Executiva do Conselho Municipal de Saúde(CMS); 16. Viabilizar, administrativa e financeiramente, a participação dos conselheiros municipais nas conferências municipais e estaduais de saúde; 17. Promover, em parceria com o CMS, a realização das conferências municipais de saúde; 18. Estimular o processo de discussão e de organização do controle social no espaço regional; 19. Implementar ouvidoria municipal, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, em consonância com as diretrizes nacionais; 20. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é aquele que tem por competência: a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo; c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano; d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política; e) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde; f) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política; g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e h) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.*
3. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, tem como responsabilidades institucionais: - Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares na rede municipal de saúde; - Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite; - Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política; - Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde; - Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/im-

plementação da Política. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.*

4. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, deve realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua Unidade Básica de Saúde (UBS). Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*
5. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, tem como responsabilidades: I - implementação desta Política em âmbito municipal; II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); III - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde; IV - garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais; V - identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos; VI - implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra; VII - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política; VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007); IX - articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política; X - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social; XI - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra; XII - apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra; e XIII - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIX da PRC GM/MS nº 2.*

Gestor Municipal de Redes

1. É atribuição do gestor municipal das Redes: I – coordenar a Rede Municipal de Laboratórios de Saúde Pública; II – avaliar as atividades desenvolvidas pelas unidades partícipes da Rede; e III – participar e controlar a execução das ações pactuadas na PPI. Fonte: *caput do art. 22 do Anexo II da PRC GM/MS nº 4.*

Gestor Municipal de Saúde [Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes]

1. Tem por competências: I – comprometer-se com a implementação, monitoramento e avaliação do Telessaúde Brasil Redes no seu respectivo Município, em articulação com o Comitê Gestor Estadual e com a respectiva instância intermunicipal; e II – promover a integração dos profissionais de saúde com as ações do Telessaúde Brasil Redes, de acordo com a carga-horária e conforme a legislação vigente. Fonte: *caput do art. 457 da PRC GM/MS nº 5.*

Gestor Nacional de Redes

1. É atribuição do Gestor Nacional das Redes: I – coordenar, normalizar e supervisionar as atividades desenvolvidas pelas unidades integrantes do SISLAB; II – estabelecer outros critérios específicos de habilitação nas Redes; III – estabelecer critérios de avaliação de unidades partícipes do SISLAB; IV – participar e controlar a execução das ações de laboratórios definidas nas respectivas PPI; e V – habilitar os laboratórios integrantes das Redes. Fonte: *caput do art. 20 do Anexo II da PRC GM/MS nº 4.*

Governança

1. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde, nos seguintes termos para o Componente Governança: a) pactuar os planos de ação regionais e locais para a prevenção e o controle do câncer, de acordo com o COAP, cabendo às Comissões Intergestores pactuarem as responsabilidades dos entes federativos; b) instituir mecanismo de regulação do acesso para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizando a organização da oferta e promovendo a equidade no acesso

às ações e aos serviços para a prevenção do câncer e o cuidado ao paciente com câncer. Fonte: *inciso VII do caput do art. 26 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, a governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e mediam suas diferenças (RONDINELLI, 2006). Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Grades de Atenção

1. No âmbito da Regulação Médica de Urgências, são aquelas que deverão mostrar, a cada instante, a condição de capacidade instalada do sistema regionalizado e suas circunstâncias momentâneas. Fonte: *Anexo 4 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Grades de Referência

1. No âmbito da Regulação Médica de Urgências, são aquelas que devem garantir resposta efetiva às especificidades das demandas de urgência, as grades de referência devem ser suficientemente detalhadas, levando em conta quantidades, tipos e horários dos procedimentos ofertados, bem como a especialidade de cada serviço, com este todo organizado em redes e linhas de atenção, com a devida hierarquização, para fins de estabelecermos a identidade entre as necessidades dos pacientes atendidos pelo SAMU-192 e a oferta da atenção necessária em cada momento. Fonte: *Anexo 4 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Grandes Eventos ver Evento de Massa (EM)

Grupo da Terra

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCF), compete-lhe: I – participar da formulação, do monitoramento e da avaliação das ações referentes à implantação e implementação da PNSIPCF, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com o objetivo de garantir a equidade na atenção à saúde para esses segmentos sociais; II – articular e monitorar a implementação das ações decorrentes dos acordos oriundos das pautas de reivindicações negociadas

entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais organizados do campo e da floresta; III – participar das iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde das Populações do Campo e da Floresta; e IV – integrar saberes técnico-políticos provenientes de pesquisas e debates com os movimentos sociais para ampliar o conhecimento sobre a situação de saúde das Populações do Campo e da Floresta. Fonte: *caput do art. 10 do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.*

Grupo de Assessoramento Estratégico (GAE)

1. Tem como atribuições: I – elaborar diretrizes para a política de transplantes e enxertos; II – propor temas de regulamentação complementar; III – identificar os indicadores de qualidade para as atividades de doação e transplantes; IV – analisar os relatórios com os dados sobre as atividades do SNT; e V – emitir parecer em situações especiais quando solicitados pela CGSNT. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Grupo de Assessoramento Técnico (GAT)

1. No âmbito do Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Imuno-hematologia (AEQ Imuno-hematologia), tem a finalidade de assessorar a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSH/DAET/SAS/MS). Competirá ao GAT: I – assessorar tecnicamente a CGSH/DAET/SAS/MS em assuntos relacionados ao AEQ Imunohematologia, visando analisar resultados; II – determinar ações a serem tomadas; e III – participar da produção científica/educativa do Programa e de consultorias. Fonte: *caput do art. 288 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*
2. No âmbito do Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Hemocomponentes (AEQ - Hemocomponentes), tem a finalidade de assessorar a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSH/DAET/SAS/MS). Competirá ao GAT: I – assessorar tecnicamente a CGSH/DAET/SAS/MS em assuntos relacionados ao AEQ - Hemocomponentes, visando analisar resultados; II – determinar ações a serem tomadas; e III – participar da produção científica/educativa do Programa e de consultorias. Fonte: *caput do art. 293 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*
3. No âmbito do Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Sorologia (AEQ - Sorologia), tem a fina-

lidade de assessorar a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSH/DAET/SAS/MS). Competirá ao GAT: I – assessorar tecnicamente a CGSH/DAET/SAS/MS em assuntos relacionados ao AEQ - Sorologia, visando analisar resultados; II – determinar ações a serem tomadas; e III – participar da produção científica/educativa do Programa e de consultorias. Fonte: *caput do art. 283 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Grupo de Trabalho de Saúde Indígena

1. Grupo de Trabalho para avaliação e elaboração de proposta de incorporação de novos medicamentos e insumos para atendimento à saúde indígena no âmbito do SUS. Fonte: *caput do art. 50 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI)

1. No âmbito das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, compete ao Grupo de Trabalho Intersetorial do estado ou do município: I – a elaboração de Plano Operativo, conforme modelo constante do Anexo 2 do Anexo XVII; II – a elaboração de Plano de Ação Anual, com definição das ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício por município, conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII; III – o acompanhamento e monitoramento da efetiva implementação da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade; e IV – realização de diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade. Fonte: *caput do art. 23 do Anexo XVII da PRC GM/MS nº 2.*

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

1. Possui os seguintes objetivos: 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; 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; III – interação com os órgãos de assessoramento jurídico da União e com o Ministério das Relações Exteriores para tratamento conjuntural das demandas; IV – monitoramento e avaliação dos pleitos e do tratamento judiciário das demandas, inclusive para atuação preventiva; V – apresentar propostas de interlocuções com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), para estratégias de cumprimento das decisões judiciais até que sejam revertidas; e VI – outras medidas que entendam cabíveis. Fonte: *caput do art. 515 da PRC GM/MS nº 5.*

Grupo em Risco [Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Medidas de Controle]

1. No âmbito das Informações sobre a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Medidas de Controle, considerado grupo em risco para a doença: homossexuais e bissexuais masculinos; usuários de drogas injetáveis; hemofílicos ou politransfundidos. Fonte: *Anexo XXXIII da PRC GM/MS nº 5.*

Grupo Executivo do Programa Nacional de Controle da Dengue

1. No âmbito do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), tem a finalidade de acompanhar e propor as medidas necessárias para a efetiva implementação das ações do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), visando a sua prevenção e controle em todo o território nacional. Fonte: *caput do art. 269 da PRC GM/MS nº 5.*

Grupos em Risco em Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

1. É considerado grupo em risco para a doença: homossexuais e bissexuais masculinos; usuários de drogas injetáveis; hemofílicos ou politransfundidos. Fonte: *Anexo XXXIII da PRC GM/MS nº 5.*

Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental

1. No âmbito do Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental, tem por atribuições e competências: I – coordenar a implementação do Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental; II – coordenar e articular as ações que serão desenvolvidas pelos Grupos Técnicos designados, com a mesma finalidade, pelos estados, Distrito federal e municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal; III – promover a capacitação dos profissionais que desenvolverão as atividades inerentes ao Programa instituído, especialmente daqueles integrantes dos Grupos Técnicos estaduais e municipais; IV – emitir relatórios técnicos contendo as análises, avaliações e acompanhamentos realizados e propõe medidas corretivas e de aperfeiçoamento do sistema de assistência em saúde mental. Fonte: *parágrafo 2º do art. 99 da PRC GM/MS nº 5.*

GTI ver Grupo de Trabalho Intersetorial

Guia de Boas Práticas na Especialidade de Traumato-Ortopedia

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, contém recomendações de indicação e contra-indicação de procedimentos de traumato-ortopedia constantes da tabela do SUS. Fonte: *inciso I do caput do art. 10 do Anexo XXXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Guia Terapêutico Padronizado

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, coleção de roteiros terapêuticos preconizados para doenças diversas. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Letra H

Habilitação

1. No âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), consiste na análise

dos documentos entregues no ato de inscrição e parecer emitido por ocasião da visita técnica do ente federado contratante, no âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).
Fonte: *inciso V do caput do art. 129 da PRC GM/MS nº 1.*

2. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, o processo de desenvolvimento de habilidades. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*
3. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, processo pelo qual o SAMU 192 e as Centrais de Regulação das Urgências cumprem determinados requisitos do processo de habilitação, tornando-se aptos ao recebimento dos incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, tanto para investimento quanto para custeio. Fonte: *inciso VII do caput do art. 40 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Habilitação do Estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade Ambulatorial

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, é o ato do Gestor Federal de ratificar o credenciamento realizado pelos Gestores Estaduais e Municipais ou do Distrito Federal, em conformidade com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Fonte: *Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.*

Habilitação em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade Hospitalar

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, é o ato do Gestor Federal de ratificar o credenciamento realizado pelos Gestores Estaduais e Municipais e do Distrito Federal em conformidade com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Fonte: *Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.*

Habilitação ou Credenciamento de Estabelecimento de Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)

1. No âmbito das normas de habilitação para a atenção especializada no processo transexualizador da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, entende-se por habilita-

ção do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador, nas modalidades ambulatorial e hospitalar, o ato do Gestor Federal de ratificar o credenciamento realizado pelos Gestores Estaduais e Municipais ou do Distrito Federal, em conformidade com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. A [habilitação na] Modalidade Hospitalar consiste nas ações de âmbito hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório) destinadas a promover atenção especializada no processo transexualizador definidas nesta Portaria [A do anexo 1 do anexo XXI da PRC MS/GM nº 2] e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES, que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados. Fonte: *Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.*

Habilitação pelo SUS de Bancos de Tecidos Humanos (Exceto BSCUP).

1. Para que possa prestar serviços aos usuários do SUS, o Banco deve ser devidamente autorizado a funcionar pela CGSNT e ser habilitado pelo SUS. Assim, aquele Banco que, além de ser autorizado a funcionar, pretenda prestar serviços ao SUS, deve manifestar esta intenção informando, juntamente com o Processo de Autorização de que trata o item 1.1 supra, o respectivo CNES. O Banco que esteja autorizado a funcionar pela CGSNT e que, no entanto, não esteja habilitado no âmbito do SUS, não poderá apresentar cobrança ao SUS, na forma em que esta esteja estabelecida, relativa aos procedimentos realizados, exceto os de doação e retirada de tecidos: a) todo Banco que, além da Autorização de Funcionamento, pretenda ser cadastrado para prestação de serviços ao SUS, deve, previamente, consultar o gestor do SUS sob cuja gestão esteja o Banco a respeito das normas de habilitação, necessidade e possibilidade desta habilitação, sendo que o SUS não se obriga a efetuá-la; e b) uma vez confirmada a necessidade da habilitação, estando o(s) gestor(es) do SUS de acordo com o mesmo e conduzido o processo de seleção de prestadores de serviços, este(s) gestor(es) deverão manifestar no Parecer Conclusivo do Gestor de que trata a alínea "c" do item 1.1 supra, além do parecer a respeito da autorização de funcionamento, a concordância com a habilitação pelo SUS, seguindo o processo, a partir daí, os mesmos passos previstos no item 1.1 do Anexo 3 DO ANEXO I - NORMAS GERAIS PARA AUTORIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE BANCOS DE TECIDOS HUMANOS (EXCETO BSCUP) da Portaria de Consolidação MS/GM 4 de 28/09/2017. Fonte: *Anexo 3 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

HCP ver Hospital Especializado em Cuidados Prolongados

Hemácia Rejuvenescida

1. No âmbito da Preparação de Componentes Sanguíneos, hemácia tratada por um método que restabeleça os níveis normais de 2,3 DPG e ATP. Fonte: *caput do art. 93 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Hemiplégico

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a pessoa com paralisia de um dos lados do corpo. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Hemoderivado

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, medicamento produzido a partir do sangue humano ou de suas frações. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Hemoglobinopatia

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a doença relacionada com as alterações na hemoglobina ou alteração dos glóbulos vermelhos do sangue. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Hemograma e Detecção da Toxicidade do Benzeno

1. No âmbito das Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores expostos ao Benzeno, o hemograma é um dos principais instrumentos laboratoriais para detecção de alterações tardias da hematopoiese em casos de toxicidade crônica por benzeno. Deve ser realizado pelo método automático com hemocitoscopia criteriosa. Deve-se salientar que a coleta deve ser realizada, na ausência de jejum. Fonte: *Anexo LXVIII da PRC GM/MS nº 5.*

Hipertireoidismo Congênito

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, o estado funcional resultante de insuficiência de hormônios tireoidianos de origem congênita. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Hipnoterapia

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é um conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento, concentração e/ou foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permita alterar uma ampla gama de condições ou comportamentos indesejados como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas. Pode favorecer o autoconhecimento e, em combinação com outras formas de terapia, auxilia na condução de uma série de problemas. Em 1993, a hipnoterapia foi definida pela American Psychological Association (APA) como procedimento através do qual um profissional de saúde conduz o indivíduo a experimentar sensações, mudanças, percepções, pensamentos ou comportamentos, com o seu uso indicado em diversas condições como transtornos depressivos, ansiedade, neurose depressiva, depressão, baseado em estudos anteriores. Estudos atuais indicam a terapia por hipnose como um tratamento eficaz e relevante na depressão. Algumas revisões de literatura realizadas identificaram artigos, abrangendo populações distintas, nas quais a maioria das pessoas acredita que a hipnoterapia é benéfica, pode melhorar habilidades, especialmente a memória, e consideraria seu uso em circunstâncias adequadas. Alguns setores de saúde adotam regularmente esta prática em seus protocolos de atendimento, como a odontologia, a psicologia, a fisioterapia, a enfermagem, dentre outras. Fonte: *Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.*

Hipoxemia

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a diminuição do teor de oxigênio no sangue. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

História Social e Clínica do Doador em Banco de Tecido Ocular

1. Para levantamento de informações que possam indicar a exclusão da doação, deve-se investigar a história social e clínica do doador em prontuário médico, atestado de óbito, através da equipe médica responsável, de entrevistas com familiares ou pessoas relacionadas ao doador, além de outras fontes disponíveis. Fonte: *Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

História Social e Clínica do Doador em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos

1. Para levantamento de informações que possam indicar a exclusão da doação, deve-se investigar a história social e clínica do doador em prontuário médico, atestado de óbito, por intermédio da equipe médica responsável, de entrevistas com familiares ou pessoas relacionadas ao doador, além de outras fontes disponíveis. Fonte: *Anexo 5 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Homeopatia

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, sistema médico complexo, de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes foi enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvido por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure, em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento. A implementação da homeopatia no SUS representa uma importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde uma vez que: a) recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Dessa forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde; b) fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo; c) atua em diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, nas doenças crônicas não-transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários; d) contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a fármaco-dependência. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.*

Homologação

1. Processo de ratificação, pelo gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), de dados declarados por meio de programa do SIOPS, mediante utilização de certificado digital. Fonte: *inciso V do caput do art. 443 da PRC GM/MS nº 1.*

Horizontalização do Cuidado

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, forma de organização do trabalho em saúde, na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão. Fonte: *inciso XII do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

HÓRUS ver Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica

Hospitais Tipo I

1. Nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, são hospitais especializados, que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumato-ortopedia ou cardiologia. Fonte: *parágrafo 1º do art. 20 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Hospitais Tipo II

1. Nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, são hospitais gerais que dispõem de unidade de urgência/emergência e de recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica. Fonte: *parágrafo 2º do art. 20 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Hospitais Tipo III

1. Nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, são hospitais gerais caracterizados como aqueles que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências clínicas, cirúrgicas e traumatológicas, desempenham ainda as atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as ati-

vidades meio e fim da atenção às urgências/emergências. Fonte: *parágrafo 3º do art. 20 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Hospital

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituição complexa, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilidade e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS locorregional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou esportânea. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, Hospital Tipo I é o hospital especializado, que conta com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumato-ortopedia ou cardiologia. Fonte: *caput do art. 20 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Hospital-Dia

1. No âmbito de modalidade de assistência em regime de hospital-dia da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), definida como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo 1 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP)

1. No âmbito de disposições gerais sobre cuidados prolongados na rede de atenção à saúde, constitui-se em uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio. Fonte: *caput do art. 151 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Hospital Especializado Tipo I

1. No âmbito da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, é o hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde conforme PDR. Com uma cobertura populacional de 201 mil a 500 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumato-ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria. Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos. Fonte: *Anexo 2 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Hospital Especializado Tipo II

1. No âmbito da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, é o hospital de referência que atende no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento e deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumato-ortopedia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumato-ortopedia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria. Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos. Fonte: *Anexo 2 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Hospital Geral

1. Nas Redes Estaduais de Assistência a Queimados, é aquele que, embora não especializado na assistência

a queimados, seja cadastrado pelo SUS e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para realizar o primeiro atendimento, ambulatorial e de internação hospitalar aos pacientes com queimaduras. Fonte: parágrafo 1º do art. 2º do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 3.

2. Nas Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, é aquele que, embora sem as especificidades assistenciais dos Centros de Referência, seja integrante do Sistema Único de Saúde e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para realizar o atendimento geral a pacientes idosos, no nível ambulatorial e de internação hospitalar. Fonte: parágrafo 2º do art. 2º do Anexo VII da PRC GM/MS nº 3.

3. No âmbito da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, é o hospital de referência para, no mínimo, uma Região de Saúde conforme Plano Diretor Regional (PDR). Com cobertura populacional de até 200 mil habitantes. São estabelecimentos que possuem estrutura para realizar ações de média complexidade. Deve contar com equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anestesiologista, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos. Fonte: Anexo 2 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

Hospitalidade em Estabelecimento de Saúde

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, são serviços que visam alojar temporariamente e apoiar indivíduos que necessitam permanecer fora de sua residência/moradia para acessar serviços de saúde não oferecidos em sua localidade de origem, podendo dispor de atividades assistenciais simples, principalmente relacionados a cuidados básicos. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Hospital Psiquiátrico

1. No âmbito da Assistência Hospitalar em Psiquiatria no SUS, aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação. Fonte: Anexo XXV da PRC GM/MS nº 5.

Humanização

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a valorização dos diferentes sujeitos pertencentes ao processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento

do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambientação, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal

1. No âmbito de princípios gerais e condições para a adequada assistência ao parto, é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas. Fonte: Anexo LXXXII da PRC GM/MS nº 5.

Letra I

IAE-PI ver Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas

Identificação da Proposta

1. Para os fins de apresentação de proposta de incorporação de tecnologia para saúde, significa apontar se trata da incorporação de medicamento ou produto para saúde (diagnóstico ou tratamento) ou procedimento ou nova indicação ou nova apresentação de medicamento já disponível no SUS. Fonte: item 2 da alínea c do inciso II do caput do art. 47 do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 1.

Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH

1. No âmbito dos Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, consiste na extração de DNA, seguida da hibridação genômica comparativa com milhares de sequências de DNA arranjadas em uma base (array) para detecção de variação no número de cópias de sequências de

DNA (perdas ou ganhos de material cromossômico).
Fonte: Anexo 3 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.

Identificação de Glicídios Urinários por Cromatografia (Camada Delgada)

1. No âmbito dos Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, consiste na análise de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada). Fonte: Anexo 3 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.

Identificação de Glicosaminoglicanos Urinários por Cromatografia em Camada Delgada, Eletroforese e Dosagem Quantitativa

1. No âmbito dos Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, consiste na detecção de glicosaminoglicanos na urina de pacientes suspeitos de mucopolissacaridoses, um erro inato do metabolismo, qualitativamente através de cromatografia de camada delgada, eletroforese ou quantitativamente, através de espectrofotometria. Fonte: Anexo 3 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.

Identificação de Mutação/Rearranjos por PCR, PCR Sensível a Metilação, qPCR e qPCR Sensível à Metilação

1. No âmbito dos Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, consiste na extração de DNA, seguida da amplificação da sequencia de DNA de interesse por primers específicos, através da ação da enzima DNA polimerase, com visualização em gel após eletroforese (PCR clássico), ou diretamente pela dinâmica da reação de PCR (qPCR), podendo ser antecedida por tratamentos prévios que permitam verificação do estado de metilação (PCR sensível a metilação e qPCR sensível a metilação). Fonte: Anexo 3 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.

Identificação de Mutação por Sequenciamento por Amplicon até 500 Pares de Bases

1. No âmbito dos Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, consiste na extração de DNA seguido do sequenciamento bidirecional pelo método de Sanger de uma sequen-

cia de até 500 pares de bases. O método é utilizado para identificação de mutações pontuais, deleções e duplicações de bases. Fonte: Anexo 3 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.

Identificação de Oligossacarídeos e Sialossacarídeos por Cromatografia (Camada Delgada)

1. No âmbito dos Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, consiste na separação de oligossacarídeos e sialossacarídeos em cromatografia de camada delgada, com identificação de suas bandas para diagnóstico de erros inatos do metabolismo que acumulam esses metabólitos. Fonte: Anexo 3 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.

Identificação do Empregador na Autorização de Internação Hospitalar

1. No âmbito da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde e no que tange à emissão de AIH, é aquela na qual deve conter: a. Registro do Ramo de Atividade Econômica da Empresa segundo a CNAE – Classificação Nacional de Atividade Econômica; b. Registro do CGC/CNPJ da empresa. Fonte: Anexo XLIX da PRC GM/MS nº 5.

Identificação do Trabalhador na Autorização de Internação Hospitalar

1. No âmbito da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde e no que tange à emissão de AIH, é aquela que deve conter:
 - a. Registro do nome completo do paciente, sem abreviaturas;
 - b. Cadastro de Pessoa Física/CPF;
 - c. Endereço completo, Município, UF, CEP, Telefone;
 - d. Número do Cartão Nacional do SUS;
 - e. Ocupação/CBO - Código Brasileiro de Atividades Econômicas;
 - f. Número do Cartão Nacional do SUS do trabalhador.Fonte: Anexo XLIX da PRC GM/MS nº 5.

Idoso com Potencial para Desenvolver Fragilidade

1. Indivíduo idoso que, mesmo sendo independente, apresenta alguma dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) – preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho

utilizando uma condução coletiva -, e por isso merece atenção específica pelos profissionais de saúde e deve ser acompanhado com maior frequência. Fonte: Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.

Idoso em Situação de Fragilidade ver Idoso Frágil

Idoso Frágil

1. Aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional - acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros -, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Fonte: Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.

Idoso Independente

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária citadas acima: tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão. Fonte: Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.

IFA ver Insumo Farmacêutico Ativo

IFTDO ver Incremento Financeiro para a Realização de Procedimentos de Transplantes e o Processo de Doação de Órgãos

IGH ver Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar

IHAC ver Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)

Imaginologia

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, é o estudo de

todos procedimentos diagnósticos por imagem. Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

Imposição de Mão

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é uma prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano auxiliando no processo saúde-doença. Sem envolvimento de outros recursos (remédios, essências, aparelhos) faz uso da capacidade humana de conduzir conscientemente o fluxo de energias curativas multidimensionais para dentro do corpo humano e dos seus sistemas energéticos físicos e espirituais a fim de provocar mudanças terapêuticas. A maioria das formas de cura pela imposição das mãos envolve de fato o posicionamento das mãos sobre ou próximo ao corpo da pessoa para transferência de energia do agente de cura para o paciente. Essa prática fundamenta-se no princípio de que a energia do campo universal sustenta todos os tipos de organismos vivos e que este campo de energia universal tem a ordem e o equilíbrio como base. No estado de saúde, esta energia universal flui livremente dentro, através e fora do campo de energia humano promovendo equilíbrio. Na doença, o fluxo de energia pode estar obstruído, desorganizado ou em desequilíbrio. Os conceitos da energia essencial da vida receberam vários nomes em diferentes partes do mundo e fazem parte de sistemas médicos milenares: na Índia, a palavra em sânscrito para energia vital é prana; na China, essa energia é descrita fluindo através de uma rede não física de meridianos, é chamada de qi ou ch'i; e no antigo Egito é denominado kâ. Prática tradicional de saúde de uso integrativo e complementar a outras práticas e/ou terapias de saúde. Fonte: Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Impropriedades na Gestão do SUS

1. O descumprimento de normativas do Ministério da Saúde relativas à gestão do SUS, identificado e comprovado pelo órgão que realizou a auditoria ou fiscalização; e falhas de natureza formal de que não resulte dano ao erário. [Conceito originário de dispositivo revogado]. Fonte: *caput do art. 512 da PRC GM/MS nº 1.*

Imunização em Estabelecimento de Saúde

1. Conjunto de ações que objetivam a administração de vacinas para estimulação da resposta imune do hospedeiro, incluindo quaisquer preparações para a profilaxia imunológica ativa. Fonte: *Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.*

Inabilitação [da Participação Complementar]

1. No âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), situação em que o licitante não se habilita por não preencher qualquer dos requisitos constantes nos arts. 27 a 31 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, no âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Fonte: *inciso VI do caput do art. 129 da PRC GM/MS nº 1.*

Incapacidade Funcional

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde. Ela também pode ser entendida como a distância entre a dificuldade apresentada e os recursos pessoais e ambientais de que dispõe para superá-la (Hébert, 2003). Incapacidade é mais um processo do que um estado estático (Iezzoni, 2002). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) vê a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde - doenças, lesões, traumas etc - e fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais. A dependência é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde (Hébert, 2003). No entanto, cabe enfatizar que a existência de uma incapacidade funcional, independentemente de sua origem, é o que determina a necessidade de um cuidador (Néri & Sommerhalder, 2002). Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são consequências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade (Lollar & Crews, 2002). Independentemente de sua etiologia, pessoas com incapacidade estão em maior risco para problemas de saúde e afins (Lollar & Crews, 2002). A presença

de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (Giacomin et al., 2004). Fonte: *Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.*

Incentivo

1. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, modalidade de repasse de recurso financeiro a ser utilizado tanto para investimento, quanto para custeio. Fonte: *inciso IV do caput do art. 40 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Incentivo à Implantação e/ou Qualificação de Políticas Específicas

1. No âmbito do Componente de Qualificação da Gestão, no Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, tem como objetivo: Implantação de Centros de Atenção Psicossocial; Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial; Implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental; Fomento para ações de redução de danos em CAPS ad; Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO; Implantação do serviço de atendimento móvel de Urgência – SAMU; Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase; Implantação de Centros de Saúde do Trabalhador; Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino. Fonte: *Anexo II da PRC GM/MS nº 6.*

Incentivo à Participação Popular e ao Fortalecimento do Controle Social

1. No âmbito do Componente de Qualificação da Gestão, no Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, tem como objetivo: Incentivo à Participação Popular e ao fortalecimento do Controle Social Apoiar a mobilização dos movimentos sociais em defesa do SUS e da reforma sanitária; Fortalecer o processo de controle social, informatização, educação permanente dos Conselhos de Saúde; implantar e implementar o monitoramento e a avaliação da Gestão do SUS; formular e pactuar a Política Nacional de Ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da Gestão Estratégica do SUS. Fonte: *Anexo II da PRC GM/MS nº 6.*

Incentivo de Integração do SUS (INTEGRASUS)

1. O INTEGRASUS é constituído por três níveis: Nível A, Nível B e Nível C, os quais têm por objetivo estimular o desenvolvimento de atividades assistenciais e estratégicas, sendo a realização das mesmas em regime de parceria com o Poder Público. Fonte: *parágrafo único do art. 313 da PRC GM/MS nº 6.*
2. É constituído por três níveis, conforme o descrito a seguir: I – Nível A – Extensivo a todos os hospitais filantrópicos sem fins lucrativos que atendam aos requisitos constantes do art. 529 da Portaria de Consolidação nº 5; II – Nível B – Hospitais filantrópicos sem fins lucrativos que atendam aos requisitos constantes do art. 529 da Portaria de Consolidação nº 5, e sejam eleitos pelos gestores estaduais nos quantitativos definidos no Anexo LXXVI da Portaria de Consolidação nº 5; III – Nível C – Hospitais filantrópicos sem fins lucrativos que atendam aos requisitos constantes do art. 529 da Portaria de Consolidação nº 5, e classificados como estratégicos pelo Ministério da Saúde, definidos no Anexo LXXV da Portaria de Consolidação nº 5. Fonte: *caput do art. 313 da PRC GM/MS nº 6.*

Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)

1. O IGH substituirá o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), fará parte do componente pré-fixado da contratualização dos estabelecimentos hospitalares em caso de orçamentação parcial ou do conjunto de recursos pré-fixados que comporão a orçamentação global, nos termos do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2 e tem como objetivos: I – aprimorar a qualidade da atenção hospitalar; II – apoiar o fortalecimento da gestão dos hospitais; III – induzir a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde na atenção hospitalar; e IV – ampliar o financiamento da atenção hospitalar. [Conceito originário de dispositivo revogado]. Fonte: *caput do art. 325 da PRC GM/MS nº 6.*

Incentivo Financeiro

1. No âmbito das diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), todo valor pré-fixado destinado ao custeio de um hospital, repassado de forma regular e automática aos Fundos de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios ou diretamente às universidades federais, condicionado ao cumprimento de compromissos e/ou metas específicos, definidos por regramentos próprios.

Fonte: *inciso I do caput do art. 15 do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Incentivo financeiro de custeio mensal das equipes de Atenção Básica (eAB)

1. Correspondará a: I – 10% do valor de custeio mensal de eSF modalidade II, estabelecido no §3º do art. 13, no caso de municípios com apenas 1 (uma) Unidade Básica de Saúde (UBS) e 1 (uma) equipe; e alterado pela Portaria MS/GM 3550 de 01/11/2018 (ALT 2277); II – 20% do valor de custeio mensal de eSF modalidade II, estabelecido no § 3º do art. 13, no caso de UBS com 2 (duas) ou mais equipes. Fonte: *parágrafo 1º do art. 85-B da PRC GM/MS nº 6.*
2. Correspondará a 30% do valor do custeio mensal das Equipes de Saúde da Família – eSF modalidade II, estabelecido no § 3º do art. 13, para cada eAB credenciada e implantada. Fonte: *parágrafo 1º do art. 85-A da PRC GM/MS nº 6.*

Incentivo financeiro de custeio para as ações e serviços de saúde da PNAISP

1. Calculado de acordo com a classificação e o número de equipes de cada serviço habilitado, observando-se os valores constantes no Anexo VI , a serem repassados de acordo com a disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde. Fonte: *parágrafo 1º do art. 122 da PRC GM/MS nº 6.*

Incentivo Financeiro para Apoiar o Desenvolvimento de Soluções Informatizadas que se Integrem ao Sistema Cartão

1. É utilizado para a aquisição de equipamentos e processos de desenvolvimento de sistemas de informação em saúde no âmbito SUS, quais sejam: I – equipamentos de informática; II – equipamentos para estruturação de redes; III – equipamentos necessários para conexão com a internet; e IV – serviços de implantação. Fonte: *caput do art. 640 da PRC GM/MS nº 6.*

Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI)

1. O IAE-PI tem como objetivos: I – viabilizar o direito do paciente indígena a intérprete, quando este se fizer necessário, e a acompanhante, respeitadas as condições clínicas do paciente; II – garantir dieta especial ajustada aos hábitos e restrições alimentares de cada etnia, sem prejuízo da observação do quadro clínico

do paciente; III – promover a ambiência do estabelecimento de acordo com as especificidades étnicas das populações indígenas atendidas; IV – facilitar a assistência dos cuidadores tradicionais, quando solicitada pelo paciente indígena ou pela família e, quando necessário, adaptar espaços para viabilizar tais práticas; V – viabilizar a adaptação de protocolos clínicos, bem como critérios especiais de acesso e acolhimento, considerando a vulnerabilidade sociocultural; VI – favorecer o acesso diferenciado e priorizado aos indígenas de recente contato, incluindo a disponibilização de alojamento de internação individualizado considerando seu elevado risco imunológico; VII – promover e estimular a construção de ferramentas de articulação e inclusão de profissionais de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI/SESAI/MS e/ou outros profissionais e especialistas tradicionais que tenham vínculo com paciente indígena, na construção do plano de cuidado dos pacientes indígenas; VIII – assegurar o compartilhamento de diagnósticos e condutas de saúde de forma comprehensível aos pacientes indígenas; IX – organizar instâncias de avaliação para serem utilizadas pelos pacientes indígenas relativamente à qualidade dos serviços prestados nos estabelecimentos de saúde; X – fomentar e promover processos de educação permanente sobre interculturalidade, valorização e respeito às práticas tradicionais de saúde e demais temas pertinentes aos profissionais que atuam no estabelecimento, em conjunto com outros profissionais e/ou especialistas; XI – promover e qualificar a participação dos profissionais dos estabelecimentos nos Comitês de Vigilância do Óbito; XII – proporcionar serviços de atenção especializada em terras e territórios indígenas; e XIII – em relação especificamente aos hospitais universitários: a) instalar ambulatórios especializados em saúde indígena, visando promover a coordenação do cuidado especializado ao usuário indígena, porta de entrada diferenciada e a qualificação de profissionais em formação; b) realizar projetos de pesquisa e extensão em saúde indígena; e c) realizar projeto de telessaúde. Fonte: *caput do art. 275 da PRC GM/MS nº 6.*

Incidente

1. No âmbito do Programa Nacional de Segurança do Paciente, evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Fonte: *inciso III do caput do art. 160 da PRC GM/MS nº 5.*

Inclusão Social

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Incremento Financeiro para a Realização de Procedimentos de Transplantes e o Processo de Doação de Órgãos (IFTDO)

1. Corresponde a um incremento nos valores dos procedimentos relacionados ao processo de transplantes e doação de órgãos e tecidos, constantes na Tabela Unificada do SUS. Fonte: *caput do art. 231 da PRC GM/MS nº 6.*
2. Tem por objetivo específico a melhoria da remuneração dos profissionais envolvidos no processo doação/transplante. Fonte: *caput do art. 232 da PRC GM/MS nº 6.*

Indicador Demográfico

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, representação dos aspectos não sujeitos à observação direta relativa a dados populacionais. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Indicadores de Atenção

1. No âmbito da Matriz Diagnóstica, é o segundo grupo de indicadores, formado por: I - Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal; II- Cobertura de equipes de Saúde da Família ; III - Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara. Idade da mãe; IV - % de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação; V - % de crianças com consultas preconizadas até 24 meses; VI - % de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada; e VII-%de gestantes com todos os exames preconizados . Fonte: *Anexo 1 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

Ver também: Matriz Diagnóstica.

Indicadores de Gestão

1. No âmbito da Matriz Diagnóstica, é o quarto grupo de indicadores, formado por: I - % de investimento estatal no setor saúde ; II - PDR atualizado ; III - PPI atualizada ; IV - Identificação de centrais de regulação: (i) urgências; (ii) de internação; e (iii) ambulatorial ; e V - Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital. Fonte: Anexo 1 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Ver também: Matriz Diagnóstica.

Indicadores de Mortalidade e Morbidade

1. No âmbito da Matriz Diagnóstica, é o primeiro grupo de indicadores, formado por: I - Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida); II - Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal) ; III - Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por Município; IV - Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas); % de óbitos infantis-fetais investigados ; e V - % de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados. Fonte: Anexo 1 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Ver também: Matriz Diagnóstica.

Indicadores de Qualidade

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, tem como finalidade a avaliação das unidades credenciadas em traumato-ortopedia. Fonte: *inciso II do caput do art. 10 do Anexo XXXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Indicadores do SAMU 192

1. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, situações utilizadas pelo Ministério da Saúde para avaliação do funcionamento do SAMU 192 no Brasil. Os indicadores do SAMU 192 são: I – número geral de ocorrências atendidas no período; II – tempo mínimo, médio e máximo de resposta; III – identificação dos motivos dos chamados; IV – quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB); V – localização das ocorrências; VI – idade e sexo dos pacientes atendidos; VII – identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; VIII – identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; e IX – pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento.

Fonte: *inciso IX do caput do art. 40 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Indicador Objetivamente Comprovável em Modelo para Apresentação de Projetos Referentes ao PROADI-SUS

1. Um indicador é uma situação ou característica que serve como sinal comprobatório de outro fato. Os indicadores devem ser especificados baseados em fatos e evidências, considerando as seguintes questões: O público-alvo: quem é beneficiado? A quantidade: quanto? A qualidade: quão bem? O período: quando e quanto tempo? A localização: onde? As funções dos indicadores são: caracterizar mais detalhadamente os objetivos e resultados, estabelecendo o quê e quanto se pretende alcançar, e fornecer uma base para o monitoramento e a avaliação do projeto. Os indicadores se diferenciam de acordo com os níveis lógicos do projeto. Os resultados, que são os produtos pelos quais a gerência do projeto se responsabiliza, exigem indicadores de monitoramento:descrevem os produtos em termos do que será feito, o quanto, quando e quão bem. Esses indicadores têm que estar coerentes com as entradas, ou seja, as atividades e os recursos aplicados. Por outro lado, o objetivo do projeto e o objetivo de desenvolvimento expressam efeitos esperados e, portanto, os seus indicadores são de efeitos, sejam efeitos diretos e indiretos, respectivamente. Eles indicam as mudanças esperadas. Dado a complexidade, quase sempre é necessário um conjunto de indicadores para medir cada um dos efeitos. Fonte: Anexo 5 do Anexo XCIII da PRC GM/MS nº 5.

Índice de Apgar

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a avaliação quantitativa das condições do recém-nascido com um a cinco minutos de vida, obtida pela atribuição de pontos à qualidade da frequência cardíaca ao esforço respiratório, à cor, ao tônus muscular e a reação ao estímulo; somando esses pontos, o máximo do melhor índice será de dez. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Indivíduo com Indicação para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade

1. É aquele com obesidade grau III e obesidade grau II com comorbidades, conforme os critérios estabelecidos no Capítulo II, da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doen-

ças Crônicas. Fonte: parágrafo único do art. 37 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.

togênese, bem como ações preventivas na área toxicológica. Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

Informação, Educação e Aconselhamento

1. Uma das ações que buscam a Redução de Danos Sociais e à Saúde Decorrentes do Uso de Produtos, Substâncias ou Drogas que Causem Dependência e que tem por objetivo o estímulo à adoção de comportamentos mais seguros no consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, e nas práticas性uais de seus consumidores e parceiros sexuais. Fonte: *caput do art. 92 da PRC GM/MS nº 5.*

Informação e Informática em Saúde

1. No âmbito do Componente de Qualificação da Gestão, no Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, tem como objetivo: Gestão da Informação; Modelo BVS/Rede BiblioSVS; Política Editorial; Gestão arquivológica; Patrimônio cultural da saúde. Fonte: *Anexo II da PRC GM/MS nº 6.*

Informação sobre Medicamento

1. No âmbito da Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM), provisão de informação imparcial, bem referenciada e criticamente avaliada sobre qualquer aspecto referente aos medicamentos, considerando-se: I – indicação de uso; II – posologia; III – administração ou modo de uso; IV – farmacologia geral; V – farmacocinética e farmacodinâmica; VI – reconstituição, diluição e estabilidade e compatibilidade físico-química; VII – reações adversas; VIII – interações medicamentosas e alimentares; IX – teratogenicidade; X – farmacoterapia de eleição; XI – conservação e armazenamento; XII – toxicologia; XIII – disponibilidade no mercado; XIV – farmacotécnica; XV – legislação; XVI – eficácia; e XVII – segurança, tais como precauções, contraindicações, reações adversas e erros de medicação. Fonte: *parágrafo único do art. 2º do Anexo XI da PRC GM/MS nº 3.*

Informação Tóxico-farmacológica

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violência, é a informação sobre envenenamentos por medicamentos, produtos domiciliares, inseticidas, plantastóxicas, animais peçonhos, metais pesados, euforias (cocaína, LSD etc.), interações medicamentosas ou de drogas e tera-

Informações de Mercado

1. Para os fins de apresentação de proposta de incorporação de tecnologia para saúde, são a proteção patenteária no Brasil, validade da patente, preço aprovado pela CMED, no caso de medicamento, e preço proposto de venda ao governo. Fonte: *item 4 da alínea c do inciso II do caput do art. 47 do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 1.*

Informações Mínimas do Prontuário

1. Aquelas que devem estar contidas no prontuário: Identificação do paciente; Histórico clínico; Agente etiológico da queimadura; Extensão total(percentual) da queimadura; Percentual da área corporal com queimaduras de 2º e 3º graus; Número de debridamentos(quando for o caso); Número de enxertiais(quando for o caso); - Número de curativos; - Descrição do ato cirúrgico (quando for o caso); - Condições na alta hospitalar. Fonte: *Anexo 2 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 3.*

Ver também: Prontuário.

Informações sobre a Regularidade Sanitária

1. Para os fins de apresentação de proposta de incorporação de tecnologia para saúde, é o número de registro na ANVISA (13 dígitos), validade do registro na ANVISA e data da publicação do registro na ANVISA. Fonte: *item 3 da alínea c do inciso II do caput do art. 47 do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 1.*

Informações sobre a Tecnologia em Saúde

1. Para os fins de apresentação de proposta de incorporação de tecnologia para saúde, é o nome comercial do produto no Brasil e no país de origem, descrição sintética da tecnologia em saúde, identificação do fabricante, indicação (doença ou condição de saúde), proposta da tecnologia em saúde em conformidade com o registro do produto na ANVISA e forma de apresentação e concentração (em caso de medicamentos). Fonte: *item 1 da alínea c do inciso II do caput do art. 47 do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 1.*

Informatiza APS ver Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde

Informatização

1. No âmbito do Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde – Informatiza APS, uso de sistema de prontuário eletrônico nos ambientes de atendimento direto ao cidadão, devidamente preenchido a cada atendimento e com envio adequado de dados ao Ministério da Saúde, de acordo com os requisitos definidos nas normas vigentes. Fonte: *inciso I do caput do art. 504-B da PRC GM/MS nº 5.*

Informatizar a Unidade Básica de Saúde

1. No âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, significa dotá-la de equipamentos de informática e garantir a conectividade e o uso de tecnologias de informação dirigidas: I – à qualificação das ações e serviços ofertados por este ponto de atenção; II – à integração deste ponto de atenção com os demais pontos de atenção integrantes da Rede de Atenção à Saúde; e III – ao desenvolvimento de ações de telessaúde, apoio matricial, formação e educação permanente. Fonte: *caput do art. 465 da PRC GM/MS nº 5.*

Infraestrutura Física e Tecnológica

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, e considerando as Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais, é entendida como a base necessária ao pleno desenvolvimento das atividades da farmácia hospitalar, sendo um fator determinante para o desenvolvimento da assistência farmacêutica, devendo ser mantidas em condições adequadas de funcionamento e segurança. A infraestrutura física para a realização das atividades farmacêuticas deve ser compatível com as atividades desenvolvidas, atendendo às normas vigentes. A localização da farmácia deve facilitar o abastecimento e a provisão de insumos e serviços aos pacientes, devendo contar com meios de transporte internos e externos adequados, em quantidade e qualidade à atividade, de forma a preservar a integridade dos medicamentos e demais produtos para a saúde, bem como a saúde dos trabalhadores. Fonte: *Anexo 2 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (IHAC)

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, para serem habilitados à IHAC pelo

código 14.16, os estabelecimentos de saúde públicos e privados deverão atender aos seguintes critérios: I – cumprir os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", propostos pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), assim definidos: a) passo 1: ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde; b) passo 2: capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política; c) passo 3: informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno; d) passo 4: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário; e) passo 5: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos; f) passo 6: não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista; g) passo 7: praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia; h) passo 8: incentivar o aleitamento materno sob livre demanda; i) passo 9: não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes; j) passo 10: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta. II – cumprir a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NB-CAL); III – garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde; e IV – cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher, que requer as seguintes práticas: a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional; b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves; c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o

parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal; d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagêis, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal; f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade. Fonte: *caput do art. 25 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, adotarão ações educativas articuladas com a Atenção Básica, de modo a informar à mulher sobre a assistência que lhe é devida, do pré-natal ao puerpério, visando ao estímulo das "Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento", na forma da Recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Atendimento ao Parto Normal. Dentre as ações referidas, os Hospitais Amigos da Criança garantirão a vinculação da gestante, no último trimestre de gestação, ao estabelecimento hospitalar em que será realizado o parto e assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na Atenção Básica, bem como o acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação, após a alta. Fonte: *art. 22 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*

INOVACINA ver Programa Nacional de Competitividade em Vacinas

Inspeção no Recebimento dos "Kits"/Equipamentos/"Software" em Controle de Qualidade de Reagentes de Teste de Detecção de Ácido Nucleico (NAT) para HIV, HCV e HBV

1. É aquela que tem por objetivo: verificar se estão em conformidade com o solicitado antes da aquisição ou início de utilização. Deve ser realizada para cada lote e em cada remessa; avaliar: reagentes, integridade da embalagem, bula, nome dos reagentes, condições de acondicionamento e transporte, lote e validade; con-

trole de lote/remessa: utilizar amostras com resultados conhecidos e caracterizadas laboratorialmente ou painéis comerciais; e equipamentos e "software": deverão estar em conformidade com a avaliação que foi realizada antes da aquisição. Fonte: *Anexo 9 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Instalação Essencial para Poliovírus

1. No âmbito do Plano Nacional de Contenção do Poliovírus, laboratório que cumpre com todos os critérios estabelecidos pelo Plano de Ação Global da Poliomelite – Documento GAP III, de acordo com a certificação dada pelas autoridades nacional ou internacional. Fonte: *caput do art. 245 da PRC GM/MS nº 5.*

Instituição de Assistência à Saúde [Procedimentos Hemoterápicos] ver Serviço de Saúde [Procedimentos Hemoterápicos]

Instituição de Prevenção e Combate ao Câncer

1. No âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon), pessoa jurídica de direito privado, associativa ou fundacional, sem fins lucrativos: I – certificadas como Entidades Beneficentes de Assistência Social, na forma da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009; II – qualificadas como Organizações Sociais (OS), na forma da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998; ou III – qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), na forma da Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. Fonte: *parágrafo único do art. 4º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Prevenção ao Câncer, Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC) e Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon).

Instituição de Promoção à Saúde e de Reabilitação/Habilitação da Pessoa com Deficiência

1. No âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), pessoa jurídica de direito privado, associativa ou fundacional, sem fins lucrativos: I – certificadas como Entidades Beneficentes de Assistência Social, na forma da Lei nº 12.101, de 2009; II – qualificadas como OS, na forma da Lei nº 9.637, de 1998; III – qualificadas como OSCIP, na forma da Lei nº 9.790, de 1999; ou IV – que prestem atendimento direto e gratuito às pessoas com deficiência e que sejam cadastradas no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de

Saúde (SCNES) do Ministério da Saúde. Fonte: parágrafo único do art. 8º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.

Ver também: Instituição de Prevenção e Combate ao Câncer.

Instituição Governamental

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, tem como competência atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena. Fonte: *caput do art. 8º do Anexo 2 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

Instituição Não Governamental

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, tem como competência atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena. Fonte: *caput do art. 8º do Anexo 2 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

Instituição Pública

1. No âmbito das Diretrizes e os Critérios para a Definição da Lista de Produtos Estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), órgão ou entidade da Administração Pública, Direta ou Indireta, de uma das três esferas do governo, que atue em pesquisa, desenvolvimento ou produção de medicamentos, soro, vacinas ou produtos para a saúde. Fonte: *inciso V do caput do art. 2º do Anexo XCV da PRC GM/MS nº 5.*

Instituições Executoras dos Processos de Formação dos Profissionais de Nível Técnico

1. Devem ser preferencialmente as Escolas Técnicas do SUS, os Centros Formadores e as Escolas de Saúde Pública vinculadas à gestão estadual ou municipal de saúde. Outras instituições formadoras poderão ser contempladas, desde que legalmente reconhecidas e habilitadas para a formação de nível técnico. Fonte: *Anexo XCIV da PRC GM/MS nº 6.*

Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS

1. Documento que pretende, de forma sucinta, fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, no âmbito do

SUS parte do pressuposto que o sistema de saúde, embora deva ser preservado nas suas peculiaridades regionais que impliquem um respeito às diversas culturas e características populacionais, por ser único, também deve manter linhas mestras de atuação, especialmente pela necessidade de se compatibilizarem instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências. As recomendações apresentadas são fruto de alguns anos de discussão acumulada e extraída de diversas experiências de vigilância em saúde do trabalhador, em vários estados e municípios de todo o País. Trata-se de uma primeira aproximação normativa não só com os Programas Estaduais e Municipais de Saúde do Trabalhador, já instalados e em fase de instalação, mas, também com as estruturas de atenção à saúde das Secretarias Estaduais e Municipais, especialmente nas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Fiscalização Sanitária. O objetivo é, em suma, poder instrumentalizar minimamente os setores responsáveis pela vigilância e defesa da saúde, nas Secretarias de Estados e Municípios, de forma a incorporarem em suas práticas mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e os ambientes de trabalho. A abordagem de vigilância em saúde do trabalhador, considerada na Instrução Normativa, implica a superação dos limites conceituais e institucionais, tradicionalmente estruturados nos serviços de saúde, das ações dissociadas de vigilância epidemiológica e sanitária. Fonte: *Anexo LXXIX da PRC GM/MS nº 5.*

Insumo Crítico [Procedimentos Hemoterápicos] ver Material ou Insumo Crítico [Procedimentos Hemoterápicos]

Insumo Farmacêutico

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, qualquer produto químico, ou material (por exemplo: embalagem) utilizado no processo de fabricação de um medicamento, seja na sua formulação, envase ou acondicionamento. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Insumo Farmacêutico Ativo (IFA)

1. No âmbito das Diretrizes e os Critérios para a Definição da Lista de Produtos Estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), substância química ou biológica ativa, fármaco, droga ou matéria-prima que tenha propriedades farmacológicas com finalidade medicamentosa, utilizada para diagnóstico,

prevenção ou tratamento, empregada para modificar ou explorar sistemas fisiológicos ou estados patológicos, em benefício do paciente, cuja produção seja importante para o domínio do núcleo tecnológico pelo País no âmbito do CEIS. Fonte: *inciso X do caput do art. 2º do Anexo XCV da PRC GM/MS nº 5.*

Integração com a Atenção à Saúde

1. É uma das diretrizes a serem observadas, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, com vistas a racionalizar e melhorar a efetividade das ações de vigilância, proteção, prevenção e controle de doenças e promoção em saúde. Fonte: *caput do art. 13 do Anexo III da PRC GM/MS nº 4.*

Integração Vertical e Horizontal

1. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, devem ser observados, na construção da RAS, os conceitos de integração vertical e horizontal, que vêm da teoria econômica e estão associados à concepções relativas às cadeias produtivas: I – Integração Vertical: Consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo); II – Integração Horizontal: Consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especificidade. É utilizada para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica na provisão de ações e serviços de saúde através de ganhos de escala (redução dos custos médios totais em relação ao volume produzido) e escopo (aumento do rol de ações da unidade). Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Integralidade

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCA), princípio fundamental do SUS que considera os sujeitos em sua indivisibilidade biopsicossocial e as comunidades humanas em sua relação com o ambiente, garantindo as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. Fonte: *inciso XIII do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.*

Integralidade da Atenção

1. Um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Deve compreender o acesso às ações, serviços e produtos seguros e eficazes, indispensáveis para as necessidades de saúde da população, objetivando promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Fonte: *inciso VI do caput do art. 6º da Resolução MS 588 de 12/07/2018.*
2. Aquela que exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devam ser atendidas em outros pontos de atenção. A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

INTEGRASUS ver Incentivo de Integração do SUS

Integridade do Sistema de Distribuição

1. No âmbito do Controle e da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e seu Padrão de Potabilidade, condição de operação e manutenção do sistema de distribuição (reservatório e rede) de água potável em que a qualidade da água produzida pelos processos de tratamento seja preservada até as ligações prediais. Fonte: *inciso XIV do caput do art. 5º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Água Potável, Rede de Distribuição, Interrupção e Intermitência.

Inteligência Conceitual

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, refere-se às capacidades fundamentais da inteligência, envolvendo suas dimensões abstratas. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Inteligência Prática

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, refere-se à habilidade de se manter e de se sustentar como pessoa independente nas atividades da vida diária. Inclui capacidades como habili-

dades sensório-motoras, de autocuidado e segurança, de desempenho na comunidade e na vida acadêmica, de trabalho e de lazer, autonomia. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Inteligência Social

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, refere-se à habilidade para compreender as expectativas sociais e o comportamento de outras pessoas, bem como ao comportamento adequado em situações sociais. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Intermitência

1. No âmbito do Controle e da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e seu Padrão de Potabilidade, a interrupção do serviço de abastecimento de água, sistemática ou não, que se repete ao longo de determinado período, com duração igual ou superior a seis horas em cada ocorrência. Fonte: *inciso XIII do caput do art. 5º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 5.*

Internação de Longa Permanência

1. No âmbito do Programa de Desinstitucionalização, é aquela superior a 1 (um) ano, de forma ininterrupta. Fonte: *parágrafo único do art. 66 da PRC GM/MS nº 5.*
2. No âmbito dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental para o Atendimento ao Portador de Transtornos Mentais, é considerada internação de 2 (dois) anos ou mais ininterruptos. Fonte: *parágrafo único do art. 79 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Internação em Estabelecimento de Saúde

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, é o cuidado ou tratamento prestado a um indivíduo, por razões clínicas e/ou cirúrgicas, que demandam a ocupação de um leito por um período igual ou superior a 24 horas. Fonte: *Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.*

Internação em Reabilitação

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a internação realizada pós-trauma visando ações de reabilitação intensas e frequentes. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Internação Psiquiátrica

1. No âmbito dos serviços residenciais terapêuticos em saúde mental para o atendimento ao portador de transtornos mentais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), será considerada internação de longa permanência a internação de 2 (dois) anos ou mais ininterruptos. Fonte: *parágrafo único do art. 79 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*
2. No âmbito do controle das Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI) e Voluntárias (IPV) da Rede de Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível. Ficam caracterizadas quatro modalidades de internação: I – Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI): realizada sem o consentimento expresso do paciente; II – Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV): realizada com o consentimento expresso do paciente.; III – Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI: quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação, IV – Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC): determinada por medida judicial e não será objeto da presente regulamentação. Fonte: *caput do art. 65 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC)

1. É aquela determinada por medida judicial e não será objeto da presente regulamentação. Fonte: *parágrafo 4º do art. 66 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI)

1. É aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente. Fonte: *parágrafo 2º do art. 66 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV)

1. É aquela realizada com o consentimento expresso do paciente. Fonte: *parágrafo 1º do art. 66 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Internação Psiquiátrica Voluntária Que Se Torna Involuntária (IPVI)

1. A Internação Psiquiátrica Voluntária poderá tornar-se involuntária quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação.

Fonte: parágrafo 3º do art. 66 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.

Internalização da Tecnologia

1. No âmbito das Diretrizes e os Critérios para a Definição da Lista de Produtos Estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), a finalização do processo de desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia objeto da PDP pela instituição pública, tornando-a detentora de todas as informações que garantam o domínio tecnológico e apta à portabilidade tecnológica para o atendimento das demandas do SUS. Fonte: *inciso XV do caput do art. 2º do Anexo XCV da PRC GM/MS nº 5.*

Internamento (ou Internação) no Domicílio

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a assistência médica e paramédica prestada no domicílio. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Interrupção

1. No âmbito do Controle e da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e seu Padrão de Potabilidade, situação na qual o serviço de abastecimento de água é interrompido temporariamente, de forma programada ou emergencial, em razão da necessidade de se efetuar reparos, modificações ou melhorias no respectivo sistema. Fonte: *inciso XII do caput do art. 5º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 5.*

Intersetorialidade/Transversalidade

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPC-FA), abordagem de promoção da saúde, com base na articulação entre as políticas públicas e as práticas de gestão dos diversos setores do Estado, compartilhando ações e orçamento. Fonte: *inciso XIV do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), articulação entre diferentes setores para enfrentar problemas complexos visando à superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Intervenção Terapêutica do Diabetes

1. No âmbito dos Critérios e Indicações para Autonomonitoramento da Glicemia Capilar, visa ao rigoroso controle da glicemia e de outras condições clínicas no sentido de prevenir ou retardar a progressão da doença para as complicações crônicas micro e macrovasculares, assim como evitar complicações agudas, em especial a cetoacideose e o estado hiperglicêmico hiperosmolar. Essas intervenções objetivam minimizar os efeitos adversos do tratamento, garantir adesão do paciente às medidas terapêuticas e garantir o bem estar do paciente e de sua família. Fonte: *Anexo LXXXVII da PRC GM/MS nº 5.*

Intolerância Alimentar

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), reações adversas a alimentos não dependentes de mecanismos imunológicos (não imuno-mediadas). Pode ocorrer pela ausência de enzimas digestivas. Por exemplo, a não produção da enzima lactase, responsável pela digestão da lactose presente no leite, pode causar intolerância a este alimento e seus derivados e a preparações que os tenham como ingredientes. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Intoxicação

1. No âmbito dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE), conjunto de sinais e sintomas provocados pela exposição às substâncias químicas e envenenamento por toxinas de animais peçonhos e plantas tóxicas. Fonte: *inciso II do caput do art. 125 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Intrassetorialidade

1. No âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, a intrassetorialidade é um dos seus princípios e diz respeito ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas. Fonte: *inciso VI do caput do art. 4º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

IPC ver Internação Psiquiátrica Compulsória

IPI ver Internação Psiquiátrica Involuntária

IPV ver Internação Psiquiátrica Voluntária**Letra L****IPVI ver Internação Psiquiátrica Voluntária Que Se Torna Involuntária****Letra K****Kit para as gestantes**

1. Compõem o kit para as gestantes: I - a Bolsa Rede Cegonha; e II - o trocador de fralda. Fonte: Anexo 4 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Kit para as parteiras tradicionais

1. Compõem o kit para as parteiras tradicionais: I - bolsa para acondicionar os materiais; II - tesoura curva em inox, ponta romba, para uso exclusivo no parto; III - caixa em inox ou em alumínio, para guardar a tesoura de inox; IV - balança de tração com gancho e suporte "tipo cegonha"; V - lanterna média a dínamo; VI - fraldas de algodão; VII - guarda-chuva e capa de chuva; VIII - bacia de alumínio; IX - toalha para enxugar as mãos; X - estetoscópio de Pinard de plástico; XI - fita métrica; XII - pacotes com gaze; XIII - escova de unha; XIV - sabão líquido; XV - rolo de barbante para ligadura do cordão umbilical; XVI - luvas descartáveis; XVII - álcool a 70%; XVIII - saco plástico transparente (polietileno); XIX - almofaria ou pinceta média, para acondicionar o álcool; XX - tesoura comum para uso pessoal; XXI - livro da Parteira; XXII - lápis/caneta e borracha; XXIII - caderno pequeno para anotações; XXIV - balão auto-inflável com válvula reguladora; XXV - máscaras para balão; XXIV - bulbo ou pêra de borracha; XXV - estetoscópio adulto; XXVI - gorro/toca capilar; XXVII - coberta de flanela para o recém-nascido; XXVIII - avental plástico; e XXIX - forro protetor. Fonte: Anexo 5 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Kit para as UBS

1. Compõem o kit para as UBS : I-1 sonar; II-1 fita métrica; III-1 gestograma; IV-1 Caderno de Atenção Básica/CAB - Pré-natal Balança adulto. Fonte: Anexo 3 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Laboratório Central do Nível A

1. No âmbito dos critérios para classificação dos laboratórios centrais em níveis, é aquele que deve: a) Atender aos requisitos do Estágio 1 da implantação do Sistema da Qualidade, conforme disposto no Anexo II; b) Atender aos requisitos de biossegurança relativos a procedimentos, equipamentos e infraestrutura laboratorial, compatível com cada nível de contenção e tendo como referência as normas e diretrizes nacionais e/ou internacionais vigentes; e c) Dispor de pessoal capacitado e em número suficiente para as atividades específicas, sendo pelo menos três profissionais com especialização na área de Produtos. Fonte: Anexo XLIV da PRC GM/MS nº 6.

Laboratório Central do Nível B

1. No âmbito dos critérios para classificação dos laboratórios centrais em níveis, é aquele que deve: a) Atender aos requisitos dos Estágios 1 e 2 da implantação do Sistema da Qualidade, conforme disposto no Anexo II; b) Atender aos requisitos de biossegurança relativos a procedimentos, equipamentos e infraestrutura laboratorial, compatível com seu nível de contenção e tendo como referência as normas e diretrizes nacionais e/ou internacionais vigentes; e c) Dispor de pessoal capacitado e em número suficiente para as atividades específicas, sendo pelo menos cinco profissionais com especialização na área de Produtos. Fonte: Anexo XLIV da PRC GM/MS nº 6.

Laboratório Central do Nível C

1. No âmbito dos critérios para classificação dos laboratórios centrais em níveis, é aquele que deve: a) Atender aos requisitos dos Estágios de 1 a 3 da implantação do Sistema da Qualidade, conforme o disposto no Anexo II; b) Atender aos requisitos de biossegurança relativos a procedimentos, equipamentos e infraestrutura laboratorial, compatível com seu nível de contenção e tendo como referência as normas e diretrizes nacionais e/ou internacionais vigentes; e c) Dispor de pessoal capacitado e em número suficiente para as atividades específicas, com cinco profissionais com especialização na área de Produtos, sendo pelo menos um com mestrado. Fonte: Anexo XLIV da PRC GM/MS nº 6.

Laboratório Central do Nível D

1. No âmbito dos critérios para classificação dos laboratórios centrais em níveis, é aquele que deve: a) Atender aos requisitos dos estágios de 1 a 4 da implantação do Sistema da Qualidade, conforme o disposto no Anexo II; b) Atender aos requisitos de biossegurança relativos a procedimentos, equipamentos e infraestrutura laboratorial, compatível com seu nível de contenção e tendo como referência as normas e diretrizes nacionais e/ou internacionais vigentes; e c) Dispor de pessoal capacitado e em número suficiente para as atividades específicas, com cinco profissionais com especialização na área de Produtos, sendo pelo menos dois com mestrado e um com doutorado. Fonte: Anexo XLIV da PRC GM/MS nº 6.

Laboratório de Fronteira

1. É unidade laboratorial localizada em região de fronteira para a viabilização do diagnóstico de agentes etiológicos, vetores de doenças transmissíveis e outros agravos à saúde pública, bem como a promoção do controle analítico para a verificação da qualidade sanitária dos serviços prestados e de produtos, com as seguintes competências: I – fortalecer as ações de vigilância epidemiológica, ambiental em saúde e sanitária no que se refere às ações laboratoriais em áreas de fronteiras; II – auxiliar nas atividades desenvolvidas pelos Laboratórios de Referência Estadual; e III – colaborar no cumprimento dos Acordos Internacionais, nas áreas de prevenção e controle de doenças, produtos e serviços. Fonte: *caput do art. 15 do Anexo II da PRC GM/MS nº 4.*

Laboratório de Histocompatibilidade

1. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, responsável pela coleta e guarda de material para manutenção da soroteca, pela realização da prova cruzada aplicada à lista dos potenciais receptores (nos casos em que se indique) nominada pela CNCDO e pelo exame de tipificação HLA do doador. Fonte: *caput do art. 54 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Laboratório de Patologia Clínica

1. Realizam exames de: a - bioquímica; b - hematologia; c - microbiologia; d - gasometria; e e - líquidos orgânicos, inclusive líquor. Fonte: Anexo 2 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 3.

Laboratório de Referência e Produtor

1. No âmbito do Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia, laboratório credenciado pelo Ministério da Saúde, em função de competência específica, para produzir painéis de soros conhecidos e avaliar os resultados obtidos pelas Unidades Hemoterápicas por intermédio de laudos técnicos. Fonte: Anexo 12 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.

Ver também: Testes de Proficiência em Laboratórios de Sorologia e Painel de Soros.

Laboratório de Referência Estadual

1. É o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), vinculado às secretarias estaduais de saúde, com área geográfica de abrangência estadual, e com as seguintes competências: I – coordenar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública; II – encaminhar ao Laboratório de Referência Regional amostras inconclusivas para a complementação de diagnóstico e aquelas destinadas ao controle de qualidade analítica; III – realizar o controle de qualidade analítica da rede estadual; IV – realizar procedimentos laboratoriais de maior complexidade para complementação de diagnóstico; V – habilitar, observada a legislação específica a ser definida pelos gestores nacionais das redes, os laboratórios que serão integrados à rede estadual, informando ao gestor nacional respectivo; VI – promover a capacitação de recursos humanos da rede de laboratórios; e VII – disponibilizar aos gestores nacionais as informações relativas às atividades laboratoriais realizadas por intermédio do encaminhamento de relatórios periódicos, obedecendo cronograma definido. Fonte: *caput do art. 12 do Anexo II da PRC GM/MS nº 4.*

Laboratório de Referência Municipal

1. É unidade laboratorial vinculada às secretarias municipais de saúde, com área geográfica de abrangência municipal e as seguintes competências: I – definir, organizar e coordenar a rede municipal de laboratórios; II – supervisionar e assessorar a rede de laboratórios; III – promover a capacitação de recursos humanos da rede de laboratórios; e IV – habilitar, observada a legislação específica a ser definida pelos gestores nacionais das redes, os laboratórios que serão integrados à rede municipal, informando ao gestor estadual. Fonte: *caput do art. 13 do Anexo II da PRC GM/MS nº 4.*

Laboratório de Referência Nacional

1. É unidade laboratorial de excelência técnica altamente especializada, com as seguintes competências: I – assessorar o gestor nacional no acompanhamento, normalização, padronização de técnicas e avaliação das atividades laboratoriais; II – coordenar tecnicamente a rede de vigilância laboratorial sob sua responsabilidade; III – realizar procedimentos laboratoriais de alta complexidade, para complementação diagnóstica e controle de qualidade analítica de toda a rede; IV – desenvolver estudos, diagnósticos e pesquisas, de forma articulada com as sociedades técnico-científicas sem fins lucrativos e com centros de pesquisa e desenvolvimento, que reúnam competências e capacitações técnicas em áreas críticas de interesse; V – promover capacitação de recursos humanos em áreas de interesse ao desenvolvimento da credibilidade e confiabilidade de laboratorial, estimulando parcerias com os laboratórios integrantes do Sistema e com centros formadores de recursos humanos com competências específicas de interesse, visando à melhoria da qualidade do diagnóstico laboratorial; VI – disponibilizar, periodicamente, relatórios técnicos e de gestão aos gestores nacionais com as informações relativas às atividades laboratoriais realizadas para os diferentes agravos, obedecendo cronograma definido; e VII – participar de intercâmbio e acordos nacionais e internacionais, visando, juntamente com o gestor nacional, promover a melhoria do Sistema. Fonte: *caput do art. 10 do Anexo II da PRC GM/MS nº 4.*

Laboratório de Referência Regional

1. É unidade laboratorial capacitada a desenvolver atividades mais complexas, organizadas por agravos ou programas, que presta apoio técnico-operacional àquelas unidades definidas para sua área geográfica de abrangência, com as seguintes competências: I – assessorar, acompanhar e avaliar as atividades laboratoriais executadas nas unidades; II – desenvolver e realizar técnicas analíticas de maior complexidade necessárias ao diagnóstico laboratorial de doenças e de outros agravos à saúde, bem como dar o suporte técnico aos Laboratórios de Referência Estadual, promovendo as condições técnicas e operacionais na execução das ações; III – apoiar as unidades laboratoriais realizando análises de maior complexidade, complementação de diagnóstico, controle de qualidade, capacitação de recursos humanos, bem como a supervisão e assessorias técnicas; IV – avaliar, periodicamente, em conjunto com o Laboratório de Referência Nacional, o desempenho dos laboratórios esta-

duais; V – implantar e promover os mecanismos para o controle de qualidade inter e intralaboratorial; VI – encaminhar ao Laboratório de Referência Nacional as amostras inconclusivas, bem como aquelas para a complementação do diagnóstico e as outras destinadas ao controle de qualidade analítica; e VII – disponibilizar as informações relativas às atividades laboratoriais, por meio de relatórios periódicos, obedecendo cronograma definido. Fonte: *caput do art. 11 do Anexo II da PRC GM/MS nº 4.*

Laboratório Local

1. É unidade laboratorial que integra a rede estadual ou municipal de laboratórios de saúde pública, com as seguintes competências: I – realizar análises básicas e/ou essenciais; II – encaminhar ao respectivo Laboratório de Referência Municipal ou Estadual as amostras inconclusivas, para complementação de diagnóstico e aquelas destinadas ao controle de qualidade analítica; e III – disponibilizar as informações relativas às atividades laboratoriais realizadas, ao Laboratório de Referência Municipal ou Estadual, por meio do encaminhamento de relatórios periódicos, obedecendo o cronograma definido. Fonte: *caput do art. 14 do Anexo II da PRC GM/MS nº 4.*

Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)

1. Estabelecimento cadastrado no CNES como Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) para realizar, no mínimo, o serviço de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível. Fonte: *parágrafo 2º do art. 579 da PRC GM/MS nº 5.*

Laudo Médico

1. No âmbito da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde e no que tange à emissão de AIH, consiste no preenchimento de todas as informações solicitadas para facilitar a compreensão do agravo sofrido pela pessoa, dos dados a: partir do atendimento, da conduta, orientação; acompanhamento e destino dado ao paciente, apoian- do o correto preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar - AIH, que será utilizada posteriormente para fins epidemiológicos, sanitários, administrativos e previdenciários. O preenchimento completo e preciso do CID principal e do CID secundário repre- senta uma síntese desse conjunto de informação de

forma codificada. Fonte: *Anexo XLIX da PRC GM/MS nº 5.*

Laudo Médico em Acidente ou Doença do Trabalho

1. No âmbito da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde e no que tange à emissão de AIH, é a descrição e natureza da lesão [por meio de relato claro e sucinto informando a natureza, tipo da lesão e/ou quadro clínico da doença citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos. Fonte: *Anexo XLIX da PRC GM/MS nº 5.*

Laudo para emissão de Autorização de Internação Hospitalar

1. Conforme o Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar do SUS aprovado pela Portaria/GM/MS 396 de 12/04/00 o Laudo para Solicitação de AIH é o documento para solicitar a autorização de internação hospitalar. Conforme Portaria nº 1.011, de 03 de outubro de 2014, o Laudo pode ser utilizado nas seguintes formas: I. Em suporte físico, na forma de formulários impressos e armazenados em papel; ou II. Em suporte digital, por meio de sistemas de informação que realizem a emissão e armazenamento das respectivas autorizações, bem como a transação das informações digitais entre os gestores e estabelecimentos de saúde. Os laudos em suporte físico devem ser legíveis, sem abreviaturas e com a assinatura do profissional solicitante e autorizador com respectivo carimbo. Estes deverão ser impressos em via única, que deve ser anexada ao prontuário do paciente, não sendo mais necessária a manutenção de uma via destes nos órgãos autorizadores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Nos laudos de solicitação/autorização ambulatorial e hospitalar em suporte digital, os autorizadores devem utilizar Certificação Digital, nos padrões da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil), visando à validade legal destes documentos eletrônicos. Para os laudos em suporte digital, é dispensada a impressão deste em suporte físico, desde que seja possível a sua recuperação por meio de backup, se solicitado pelos órgãos de controle ou de fiscalização. O Laudo para Solicitação de AIH deverá conter dados mínimos, conforme o modelo de informação disponibilizado no endereço eletrônico do SIH (<http://sihd.datasus.gov.br>) A criação de formulários para o Laudo para Solicitação de AIH fica a cargo dos gestores estaduais e municipais, devendo respeitar os dados mínimos obrigatórios do modelo

de informação, podendo também acrescentar opcionalmente outras informações a serem coletadas de relevância para a gestão local. Fonte: *Anexo I da Portaria MS/GM 396 de 12/04/2000.*

Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)

1. No âmbito da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), é um documento oficial utilizado como instrumento para realização das etapas de execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Fonte: *caput do art. 88 do Anexo XXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

Lei Antitruste

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, regra de direito destinada a evitar que várias empresas se associem e, assim, passem a constituir uma única, acarretando o monopólio de produtos e ou de mercado. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012

1. Institui, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal: I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde; II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde; III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais; IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. Fonte: *caput do art. 1º da Lei Complementar FED 141 de 13/01/2012.*

Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990

1. Regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. Fonte: *caput do art. 1º da Lei FED 8080 de 19/09/1990.*

Leito de Saúde Mental em Hospital Geral

1. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ponto de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas. Fonte: *inciso I do caput do art. 10 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Leito Operacional

1. O leito hospitalar em utilização efetiva ou passível de ser utilizado de forma imediata. [Conceito originário de dispositivo revogado]. Fonte: *inciso I do caput do art. 326 da PRC GM/MS nº 6.*

Lésbicas ver Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)

Limitação da Atividade

1. Antes conceituada como incapacidade, é agora entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal. A raiz da incapacidade é a limitação no desempenho da atividade que deriva totalmente da pessoa. No entanto, o termo incapacidade não é mais utilizado porque pode ser tomado como uma desqualificação social. Ampliando o conceito, essa classificação internacional inclui a participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa com deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto sociocultural. Essa nova abordagem representa um outro marco significativo na evolução dos conceitos, em termos filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que propõe uma nova forma de se encarar as pessoas com deficiência e suas limitações para o exercício pleno das atividades decorrentes da sua condição. Por outro lado, influencia um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Linha de Cuidado

1. Uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas

de maior relevância. Fonte: *inciso VII do caput do art. 6º da Resolução MS 588 de 12/07/2018.*

2. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, estratégia de organização da atenção que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida ou outro critério sanitário a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Fonte: *inciso XIII do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*
3. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), forma de articulação dos recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, por meio da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de Linhas de Cuidado (LC) deve ser a partir das unidades da Atenção Básica, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e co-responsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Linha de Cuidado ao Trauma

1. No âmbito da Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde, tem por objetivos: I – Reduzir a morbimortalidade pelo trauma no Brasil, por meio de ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde e implantação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE; II – Desenvolver ações voltadas à vigilância e prevenção do trauma por meio de incentivo para implantação de núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (PVPS) e projetos de prevenção relacionados

ao trauma; III – Estabelecer a Rede de Atendimento Hospitalar ao Trauma, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado; IV – Estabelecer e implementar a Linha de Cuidado ao Trauma e habilitar Centros de Trauma, para realização do atendimento hierarquizado e referenciado; V – Ampliar o acesso regulado dos pacientes vítimas de trauma aos cuidados qualificados em todos os pontos de atenção da RUE; VI – Incentivar processos formativos para os profissionais de saúde envolvidos na atenção ao trauma em todos os níveis e pontos de atenção, inclusive para aqueles que atuem diretamente nas centrais de regulação; VII – Estruturar e descrever a Linha de Cuidado ao Trauma desde a cena à atenção hospitalar e reabilitação, bem como na prevenção ao trauma; VIII – Disseminar o conhecimento de que o trauma é um agravo que se tornou um problema de saúde pública, sendo hoje uma das principais causas de adoecimento e mortalidade da população brasileira e que pode ser prevenido e evitado; IX – Fortalecer a implantação e implementação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE como prioritária na estruturação da atenção em Urgência no SUS; e X – Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde que atuam na RUE para a notificação compulsória dos casos de violência doméstica, sexual e outras violências.

Fonte: *caput do art. 95 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Linha de Cuidado à Pessoa com DRC

1. É aquela em que se observam as seguintes diretrizes: I– foco da atenção nas necessidades de saúde da população coordenado pela Atenção Básica e contemplando todos os níveis de atenção; II – diagnóstico precoce de modo a identificar as pessoas com DRC; III – implementação da estratificação de risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da Taxa de Filtração Glomerular(TFG); IV garantia de financiamento adequado para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, em especial ao cuidado das pessoas com DRC em estágios clínicos pré-dialíticos, bem como para o cuidado das pessoas com necessidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS); V – garantia da educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); VI – implementação das diretrizes expressas no Programa Nacional de Segurança do Paciente;VII – garan-

tia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC baseado nas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; VIII – articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e IX – desenvolvimento de medidas que garantam a difusão das ações e cuidado à pessoa com DRC em todos os pontos de atenção da linha de cuidado, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado. Fonte: *caput do art. 61 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Lista de Espera

1. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, pode ser conceituada como uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos, promovendo a transparência, ou seja, constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que exista um desequilíbrio entre a oferta e a demanda. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Lista de Produtos Estratégicos para o SUS

1. No âmbito das Diretrizes e os Critérios para a Definição da Lista de Produtos Estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), a relação de produtos estratégicos para o SUS que define as prioridades anuais para a apresentação de propostas de projeto de Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDP). Fonte: *inciso III do caput do art. 2º do Anexo XCV da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Produto Estratégico para o SUS.

LME ver Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Logística de Insumos em Gestão da Saúde

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, compreende o armazenamento e distribuição, sem fins comerciais, para os estabelecimentos de saúde, de medicamentos, imunobiológicos, kit de diagnóstico, produtos químicos e equipamentos de controle vetorial ou produtos para a saúde. Fonte: *Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.*

Logística de Órgãos, Tecidos e Células do Corpo Humano em Gestão da Saúde

1. No âmbito da tipificação de estabelecimentos em saúde, compreende as ações para o acondicionamento, gerenciamento e distribuição dos órgãos, tecidos e células do corpo humano. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Longitudinalidade

1. Termo que deriva da palavra longitudinal e é definida como "lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos" (STARFIELD, 2002). É uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema. Está associada a diversos benefícios: menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menos doenças evitáveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações; custos totais mais baixos. Os maiores benefícios estão relacionados ao vínculo com o profissional ou equipe de saúde e ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde, através da adoção dos instrumentos de gestão da clínica - diretriz clínica e gestão de patologias. Fonte: Anexo I da PRC GM/MS nº 3.

LRPD ver Laboratório Regional de Prótese Dentária

Letra M

MA ver Medicina Antroposófica

Mamografia Móvel

1. No âmbito do Programa de Mamografia Móvel, exame mamográfico realizado por unidade móvel de saúde com o objetivo de identificar e rastrear alterações relacionadas ao câncer de mama em todo território nacional. Fonte: caput do art. 194 da PRC GM/MS nº 5.

Ver também: Unidade Móvel.

Manipulação de Antineoplásicos e Radiofármacos

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, e considerando as Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais, é a que, realizada em hospitais, requer a análise das prescrições previamente à manipulação, a verificação do disposto nos protocolos clínicos, e a observação das doses máximas diárias e cumulativas, com foco na biossegurança e uso seguro pelo paciente. No desenvolvimento destas atividades o farmacêutico deverá antes da realização da manipulação, sanartadas as dúvidas, diretamente com o prescritor, mantendo registro sistematizado das análises realizadas, problemas identificados e intervenções; monitorar os pacientes em uso destes medicamentos e notificar queixas técnicas e eventos adversos. Fonte: Anexo 2 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Manipulação de Nutrição Parental

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, e considerando as Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais, é a que, realizada em hospitais compreende operações inerentes a preparação (avaliação farmacêutica, manipulação, controle de qualidade, conservação e orientações para o transporte). A equipe multiprofissional de terapia nutricional deve realizar a monitorização do uso da nutrição parenteral mantendo registro sistematizado das suas ações e intervenções. Fonte: Anexo 2 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Manipulação Magistral e Oficial

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, e considerando as Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais, permite a personalização da terapêutica, utilização de sistemas seguros de dispensação de medicamentos(individual ou unitário), a racionalização de custos, sendo recomendada, sempre que necessária a sua utilização em hospitais, em sintonia com os dispositivos legais que regulam a matéria. Fonte: Anexo 2 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Manutenção Corretiva [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, reparo de defeito funcional ocorrido durante a utilização do equipamento. Fonte: *inciso XXII do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Manutenção de Ganhos Funcionais

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, treinamento contínuo objetivando a preservação das aquisições motoras, mentais ou sensoriais já adquiridas. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Manutenção do Implante Conclear

1. No âmbito da Assistência Pré e Pós-Operatória no Tratamento Cirúrgico do Implante Coclear manutenção do componente externo, consiste na substituição/trocas ou consertos dos itens fundamentais para o perfeito funcionamento do implante coclear, tais como: cabo de conexão, compartimento/gaveta de baterias, antena, baterias recarregáveis, controle remoto, imã da antena, carregador de bateria recarregável, gancho, gancho com microfone, desumidificador e processador de fala. Fonte: *Anexo 4 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*

Manutenção no Cadastro Técnico Único

1. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, quanto à manutenção no Cadastro, o status do paciente no CTU poderá ser: I – ATIVO: refere-se ao receptor cujo cadastro esteja com seus exames pré-transplante completos e dentro do prazo de validade previsto e em condições clínicas adequadas para o transplante, condições em que o potencial receptor concorre à seleção configurada pelas características do enxerto, e por sua equipe assistencial, com sua anuência ou de seu responsável legal, para receber órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; II – SEMI-ATIVO: refere-se a potenciais receptores cujo cadastro esteja com exames pré-transplante incompletos, transfundidos desde a última coleta para soro, ou sem condições clínicas adequadas para o transplante, conclusão em que o potencial receptor não concorre, temporariamente, à seleção para receber órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; III – INATIVO: refere-se ao receptor cujo cadastro apresente ficha complementar não atualizada pela equipe após três meses, condição por que a potencial receptor não

concorre, temporariamente, à seleção para receber órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; e IV – REMOVIDO: ocorre quando há abandono do tratamento, melhora da função inicialmente comprometida, ausência de condições clínicas que permitam a cirurgia, semiatividade prolongada em lista, transferência para outro Estado, transplante fora do Estado, desejo de não ser transplantado, transplante com doador vivo, evolução para óbito, condições em que o potencial receptor é afastado definitivamente do CTU para fins de seleção para alocação de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; tudo que o sistema de informações deve permitir que o histórico do paciente removido seja rastreável. Fonte: *caput do art. 49 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Manutenção ou Atualização de Cadastro

1. Ato de alterar os dados cadastrais de um estabelecimento de saúde previamente inseridos no aplicativo informatizado ou por meio de “webservice”, ou reafirmar que seus dados não sofreram mudanças. Fonte: *inciso III do caput do art. 360 da PRC GM/MS nº 1.*

Manutenção Preventiva [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, visa manter o equipamento dentro de condições normais de utilização com o objetivo de serem reduzidas as possibilidades de ocorrência de defeitos por desgaste ou envelhecimento de seus componentes. Fonte: *inciso XXIII do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Mapa da Saúde

1. No âmbito do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. Fonte: *inciso V do caput do art. 2º da Decreto FED 7508 de 28/06/2011.*

Massagem Rítmica

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é uma técnica de base antroposófica que utiliza movimentos rítmicos para manipulação dos tecidos corporais, atuando de forma terapêutica.

Fonte: Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Ver também: Medicina Antroposófica (MA).

Materiais Infectantes para Poliovírus Selvagem ou Vacinal

1. No âmbito do Plano Nacional de Contenção do Poliovírus, materiais clínicos de casos confirmados de infecção por poliovírus selvagem e VDPV (Poliovírus Derivado da Vacina), amostras ambientais com água de esgoto ou in natura em que esses vírus estejam presentes, e produtos de replicação desses vírus, incluindo: a) poliovírus isolados em cultivos celulares, cepas de referência, cepas para vacinas inativadas; b) animais infectados com poliovírus ou materiais clínicos oriundos desses animais; c) produtos de pesquisa em laboratório que possam conter as sequências do capsídeo do poliovírus selvagem; d) estrutura total do RNA ou DNA que contêm sequências de capsídeos derivadas de poliovírus selvagem; e) células continuamente infectadas com cepas de poliovírus, cujas sequências do capsídeo derivam de poliovírus selvagem. Fonte: inciso I do caput do art. 243 da PRC GM/MS nº 5.

Materiais Potencialmente Infectantes para Poliovírus Selvagem ou Vacinal

1. No âmbito do Plano Nacional de Contenção do Poliovírus, englobam: a) amostras de fezes ou secreções respiratórias coletadas para qualquer finalidade em uma área geográfica de circulação do poliovírus selvagem (incluindo VDPV) ou de uso da OPV (Vacina Oral da Polio); b) produtos destes materiais em animais ou células permissivas para o poliovírus; c) isolamentos de culturas de células semelhantes a enterovírus descharacterizados em países onde se sabe ou se suspeita da circulação do poliovírus selvagem ou VDPV no momento da coleta; d) estoques de vírus entéricos e respiratórios manipulados em condições onde a replicação de poliovírus ou a contaminação é possível. Fonte: inciso II do caput do art. 243 da PRC GM/MS nº 5.

Material ou Insumo Crítico [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, item de material ou insumo que pode afetar a qualidade dos produtos ou serviços críticos da instituição. Fonte: inciso XXIV do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.

Matriciamento

1. No âmbito das Atribuições das Equipes de Referência em Saúde e Responsabilidades Setoriais Interfederativas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, entendido como: i) discussão de casos clínicos; ii) participação na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, integrado ao PIA; iii) atendimento psicossocial conjunto com outros profissionais da unidade socioeducativa e da rede intersetorial; iv) colaboração nas intervenções terapêuticas da equipe de Atenção Básica de referência e de outros serviços de saúde necessários; v) agenciamento dos casos de saúde mental na rede, de modo a garantir a atenção integral à saúde; vi) realização de visitas domiciliares conjuntas. Fonte: Anexo 1 do Anexo XVII da PRC GM/MS nº 2.

Matriz Diagnóstica

1. É aquela composta por quatro grupos de indicadores:
1º GRUPO: Indicadores de Mortalidade e Morbidade; 2º GRUPO: Indicadores de Atenção; 3º GRUPO: Situação da Capacidade Hospitalar Instalada; e 4º GRUPO: Indicadores de Gestão. Fonte: Anexo 1 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Mecanismo Institucionalizado de Controle Social

1. No âmbito da gestão participativa da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), é representado pelos conselhos de saúde e pelas conferências de saúde, envolvendo o governo, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada, nas três esferas de governo. Recentemente, vêm sendo propostos conselhos regionais, bem como conferências e plenárias regionais. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.

Média Complexidade

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, consiste em realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada garantida a partir do processo de referência e contra referência do portador de hipertensão arterial, de diabetes mellitus e de doenças renais. Essas ações devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. Para desempe-

Medicamento

nhar as ações neste nível de atenção, o gestor poderá instituir um Centro de Referência especializado em hipertensão e diabetes, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde. Fonte: *inciso II do caput do art. 3º do Anexo XXXIII da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, consiste em realizar ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contra referência do portador da doença neurológica, hipertensão arterial e diabetes mellitus, bem como garantir a assistência ao parto, e devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. Fonte: *inciso II do caput do art. 3º do Anexo XXXII da PRC GM/MS nº 2.*
3. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, os serviços de referência de Média Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Atenção Básica, realizando acompanhamento psicosocial e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção, e aos quais é facultativa e desejável, a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização in vitro. Fonte: *inciso II do caput do art. 3º do Anexo XXX da PRC GM/MS nº 2.*

Ver também: Alta Complexidade.

Medicamento

1. No âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, que contém um ou mais fármacos juntamente com outras substâncias, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. Fonte: *inciso I do caput do art. 3º do Anexo LXXVII da PRC GM/MS nº 5.*
2. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos: I – Medicamento: Produto farmacêutico com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. II – Medicamentos de dispensação em caráter excepcional: Medicamentos utilizados em doenças raras, geralmente de custo elevado, cuja dispensação atende a casos específicos. III – Medicamentos de uso contínuo: São aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e ou degenerativas, utilizados continuamente. IV – Medicamentos essenciais: São os medicamentos considerados

básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. V – Medicamentos genéricos: São aqueles que, ao expirar a patente de marca de um produto, são comercializados sem nome de marca, de acordo com a denominação oficial (no Brasil, Denominações Comuns Brasileiras ou DCB). VI – Medicamentos de interesse em saúde pública: São aqueles utilizados no controle de doenças, que, em determinada comunidade, tem magnitude, transcendência ou vulnerabilidade relevante e cuja estratégias básica de combate é o tratamento dos doentes. VII – Medicamentos para a atenção básica: Produtos necessários à prestação do elenco de ações e procedimentos compreendidos na atenção básica de saúde. VIII – Medicamentos tarjados: São os medicamentos cujo uso requer a prescrição do médico ou dentista e que apresentam, em sua embalagem tarja (vermelha ou preta) indicativa desta necessidade. IX – Medicamentos de venda livre: São aqueles cuja dispensação não requerem autorização, ou seja, receita expedida por profissional. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Medicamento de Dispensação em Caráter Excepcional

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, é o medicamento utilizado em doenças raras, geralmente de custo elevado, cuja dispensação atende a casos específicos. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Medicamento de Interesse em Saúde Pública

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, é aquele utilizado no controle de doenças, que, em determinada comunidade, tem magnitude, transcendência ou vulnerabilidade relevante e cuja estratégia básica de combate é o tratamento dos doentes. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Medicamento de Uso Contínuo

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, é o medicamento empregado no tratamento de doenças crônicas e ou degenerativas, utilizado continuamente. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Medicamento de Venda Livre

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, é o medicamento cuja dispensação não requer autoriza-

ção, ou seja, receita expedida por profissional. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Medicamento Essencial

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, é o medicamento considerado básico e indispensável para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Medicamento Genérico

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, é o medicamento que, ao expirar a patente de marca de um produto, é comercializado sem nome de marca, de acordo com a denominação oficial (no Brasil, Denominações Comuns Brasileiras ou DCB). Fonte: Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Medicamento para a Atenção Básica

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, é o produto necessário à prestação do elenco de ações e procedimentos compreendidos na atenção básica de saúde. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Medicamento Tarjado

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, é o medicamento cujo uso requer a prescrição do médico ou dentista e que apresentam, em sua embalagem tarja (vermelha ou preta) indicativa desta necessidade. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Medicina Antroposófica (MA)

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é uma abordagem médica-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Considerada uma abordagem terapêutica integral com base na antroposofia, avalia o ser humano a partir dos conceitos da trimembrisão, quadrimembrisão e biografia, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos. Atua de maneira integrativa e utiliza diversos recursos terapêuticos para a recuperação ou manutenção da saúde, conciliando medicamentos e terapias convencionais com outros específicos de sua abordagem. Fonte: Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

2. No âmbito da Criação e Diretriz do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS, apresenta-se como uma abordagem médica-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos terapêuticos da Medicina Antroposófica, destacam-se: a utilização de aplicações externas (banhos e compressas), massagens, movimentos rítmicos, terapia artística e uso de medicamentos naturais (fitoterápicos e medicamentos diluídos e dinamizados). Fonte: Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Ver também: Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS.

Medicina Tradicional Chinesa

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais). Fonte: Anexo 1 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Médico Regulador

1. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, profissional médico que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, é o responsável pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente. Fonte: inciso XIII do caput do art. 40 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

Medida Preventiva

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, entendida em sentido mais amplo, abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, nesta compreendidas as ações destinadas a impedir as sequelas e as mortes devidas a estes eventos. Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

Medida Socioeducativa em Meio Aberto

1. No âmbito das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, aquela cumprida na forma de prestação de serviço à comunidade e de liberdade assistida, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente. Fonte: *inciso II do caput do art. 2º do Anexo XVII da PRC GM/MS nº 2.*

Meditação

1. No âmbito da Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Misticoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. Também é entendida como estado de Samadhi, que é a dissolução da identificação com o ego e total aprofundamento dos sentidos, o estado de "extase". A prática torna a pessoa atenta, experimentando o que a mente está fazendo no momento presente, desenvolvendo o autoconhecimento e a consciência, com o intuito de observar os pensamentos e reduzir o seu fluxo. Permite ao indivíduo enxergar os próprios padrões de comportamento e a maneira através da qual cria e mantém situações que alimentam constantemente o mesmo modelo de reação psíquica/emocional. Atrelado a isso, o conjunto de atitudes e comportamentos, aliado aos mecanismos de enfrentamento escolhidos pelo indivíduo diante as diversas situações da vida, tem impacto sobre sua saúde ou doença. A meditação constitui um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo. A prática traz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percep-

ção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, relaxamento, redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos. Fonte: Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Membro das Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares

1. No âmbito da Classificação Brasileira de Ocupações (estrutura agregada na ordem de 3 dígitos - descrição dos grandes grupos de ocupações), pessoa que serve voluntária ou obrigatoriamente às milícias e que, dedicando-se exclusivamente a esse serviço, não pode aceitar um emprego civil, só o fazendo no interesse público. Abrange os membros permanentes das Forças Armadas de terra, mar e ar, assim como o pessoal que se acha temporariamente em serviço ativo por período estabelecido nas leis ou regulamentos específicos, para seguir cursos e programas de treinamento ou prestar serviços auxiliares, bem como exercer outra atividade de conveniência nacional. Incluem-se ainda policiais e bombeiros militares que se dedicam à garantia de segurança municipal, estadual e nacional. Excluem-se deste grupo os empregados civis que trabalham nos departamentos administrativos do governo relacionados com questões de defesa; os membros das polícias civil e federal; os empregados de alfândegas e outros serviços civis das Forças Armadas; os membros da reserva militar que não estão integralmente dedicados ao serviço ativo e as pessoas que foram chamadas às Forças Armadas, provisoriamente, para efetuar um curto período de treinamento. Fonte: Anexo L da PRC GM/MS nº 5.

Membro dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, Funcionário Público Superior, Diretor de Empresa e Trabalhador Assemelhado

1. No âmbito da Classificação Brasileira de Ocupações (estrutura agregada na ordem de 3 dígitos - descrição dos grandes grupos de ocupações), desempenha funções de caráter legislativo, desenvolve atividades de direção e assessoramento do Poder Executivo e processa e julga assuntos legais e jurídicos como membro do Poder Judiciário; exerce funções de caráter diplomático, desempenha, em empresas governamentais ou privadas, atividades diretivas de alto nível; planeja, organiza e controla os trabalhos dessas empresas; dirige e coordena órgãos específicos da administração superior. Fonte: Anexo L da PRC GM/MS nº 5.

MEQ ver Monitoramento Externo da Qualidade**Mercado Comum do Sul (Mercosul)**

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), área de livre circulação de bens com uma taxa comercial padronizada para um grupo de países. Há uma política comercial comum de países da América do Sul. Composta até o momento por quatro países: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Mercosul ver Mercado Comum do Sul**Método Canguru**

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. O método [canguru] será desenvolvido em três etapas: 1^a etapa - Período que se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do RN na Unidade Neonatal. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir os seguintes cuidados especiais: I – Acolher os pais e a família na Unidade Neonatal. II – Esclarecer sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal. III – Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrições de horário. IV – Propiciar sempre que possível o contato com o bebê. V – Garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais. VI – Oferecer suporte para a amamentação. VII – Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade. VIII – Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem estar do bebê. IX – Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências. X – Garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário. XI – Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos. XII – Adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê. XIII – Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor. XIV – Utilizar o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento. XV – Assegurar a permanência da puérpera, durante a primeira etapa:

a) Auxílio transporte, para a vinda diária à unidade pelos estados e/ou municípios; b) Refeições durante a permanência na unidade pelos estados e/ou municípios; c) Assento (Cadeira) adequado para a permanência ao lado de seu bebê e espaço que permita o seu descanso; d) Atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e voluntários. 2^a etapa - Na segunda etapa o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um "estágio" pré-alta hospitalar. São critérios de elegibilidade para a permanência nessa [2^a] etapa: I – Do bebê: a) estabilidade clínica; b) nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo); c) peso mínimo de 1.250g. II – Da mãe: a) desejo de participar, disponibilidade de tempo e de rede social de apoio de risco do recém-nascido; b) consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde; c) capacidade de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido; c) conhecimento e habilidade para manejá-lo em posição canguru; d) permitir o afastamento temporário da mãe de acordo com suas necessidades; d) acompanhar a evolução clínica e o ganho de peso diário; e) cada serviço deverá utilizar rotinas nutricionais de acordo com as evidências científicas atuais; f) a utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes não contraindicam a permanência nessa etapa. III – São critérios para a alta hospitalar com transferência para a 3^a etapa: a) mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê; b) compromisso materno e familiar para a realização da posição pelo maior tempo possível; c) peso mínimo de 1.600g; d) ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta; e) sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitados a realizar a complementação; f) garantir acompanhamento ambulatorial até o peso de 2500g; g) primeira consulta deverá ser realizada até 48 horas da alta e as demais no mínimo uma vez por semana; g) garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa. 3^a Etapa – Esta etapa se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial. Fonte: Anexo 1 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.

Método Canguru (1^a Etapa)

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), é o período que se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do recém-nascido (RN) na Unidade Neonatal. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir os seguintes cuidados especiais: acolher os pais e a família na Unidade Neonatal; esclarecer sobre as condições de saúde do RN sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal; estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrições de horário; propiciar sempre que possível o contato com o bebê; garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais; oferecer suporte para a amamentação; estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade; assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem estar do bebê; comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências; garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário; diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos; adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê; garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor; utilizar o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento; assegurar a permanência da puérpera, durante a primeira etapa; auxílio transporte, para a vinda diária à unidade pelos estados e/ou municípios; refeições durante a permanência na unidade pelos estados e/ou municípios; assento (Cadeira) adequado para a permanência ao lado de seu bebê e espaço que permita o seu descanso; atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e voluntários. Fonte: Anexo 1 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.

Método Canguru (2^a Etapa)

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), é a etapa em que o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um "estágio" pré-alta hospitalar. Fonte: Anexo 1 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.

Método Canguru (3^a Etapa)

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), caracteriza-se pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial. Fonte: Anexo 1 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.

Método Colorimétrico

1. No âmbito dos Métodos de Análises e Procedimentos para a Determinação de Iôn Fluoreto na Água, baseado na reação entre o fluoreto e a laca de zircônio com um corante orgânico. O fluoreto forma um complexo Zr F - que é incolor. A proporção que a quantidade de íons fluoreto cresce, a coloração da Laca decresce ou modifica seu matiz. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 5.

Ministério da Saúde (MS)

1. No âmbito do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, lhe compete: I – articular com estados, municípios e Distrito Federal a implantação do Programa e estabelecer mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo; II – assessorar os estados, municípios e o Distrito Federal na elaboração de seus respectivos Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento; III – estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa; IV – alocar recursos destinados ao co-financiamento dos componentes integrantes do Programa. Fonte: parágrafo 1º do art. 599 da PRC GM/MS nº 5.
2. No âmbito do Recebimento pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) de Recursos do Orçamento Geral da União (OGU) por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), para Auxiliar no Custeio de suas Despesas Institucionais, compete ao Ministério da Saúde consignar anualmente em sua previsão orçamentária, os recursos nos moldes especificados pela Seção XVI do Capítulo I do Título III, a serem transferidos em duodécimos mensais até o dia 10 de cada mês. Fonte: caput do art. 256 da PRC GM/MS nº 6.
3. No âmbito do Recebimento pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

de Recursos do Orçamento Geral da União (OGU) por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), para Auxiliar no Custo de suas Despesas Institucionais, compete ao Ministério da Saúde: 2. I – providenciar e promover, anualmente, a consignação de dotações no OGU, respeitadas as normas e procedimentos aplicáveis a transferência dos recursos correspondentes, destinados a auxiliar no custeio das atividades institucionais do Conass e Conasems; II – receber os Programas Anuais de Atividades apresentados pelo Conass e pelo Conasems; III – respeitar a autonomia de gestão e atuação administrativa das entidades com vistas a consecução de seus objetivos; IV – transferir pontualmente os recursos em duodécimos mensais, até o dia 10 de cada mês; V – celebrar, quando convier, convênios para o alcance de objetivos específicos e não previstos em Programa Anual de Atividades; VI – apoiar o Conass e Conasems, sempre que necessário e dentro das competências da pasta, no provimento de meios necessários a consecução dos Programas Anuais de Atividades. Fonte: *caput do art. 258 da PRC GM/MS nº 6.*

MIQ ver Monitoramento Interno da Qualidade

Modalidade Ambulatorial

1. No âmbito das Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva, é aquela que consiste nas ações de âmbito ambulatorial (avaliações clínicas e audiológicas, acompanhamentos e reabilitação fonoaudiológica), destinadas a promover atenção especializada aos pacientes submetidos às cirurgias de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso definidas nesta portaria, e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados. Fonte: *Anexo 4 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*
2. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), e para os fins do Componente Atenção Especializada do Processo Transexualizador, consiste nas ações de âmbito ambulatorial, quais sejam acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador no SUS e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SC-

NES) que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI. Fonte: *inciso I do caput do art. 5º do Anexo 1 do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.*

3. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, e para os fins do Processo Transexualizador, consiste nas ações de âmbito ambulatorial (acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia) destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados. Fonte: *Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.*

Modalidade Hospitalar

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), e para os fins do Componente Atenção Especializada do Processo Transexualizador, consiste nas ações de âmbito hospitalar, quais sejam realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador no SUS e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI. Fonte: *inciso I do caput do art. 5º do Anexo 1 do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, e para os fins do Processo Transexualizador, consiste nas ações de âmbito hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório) destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES, que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados. Fonte: *Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.*
3. No âmbito das Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva, é aquela que consiste nas ações de âmbito hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamentos pré e pós-operatório) destinadas a promover atenção especia-

lizada pacientes submetidos às cirurgias de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso definidas nesta portaria e, realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados. Fonte: Anexo 4 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.

Modalidades de Transfusão [Transfusão Sanguínea]

1. I – programada para determinado dia e hora; II – de rotina a se realizar dentro das 24 (vinte e quatro) horas; III – de urgência a se realizar dentro das 3 (três) horas; ou IV – de emergência quando o retardar da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente. Fonte: *caput do art. 169 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5*.

Modelo de Atenção à Saúde

1. Forma como é organizado o sistema de saúde a partir da compreensão do processo de saúde e doença, do modo como se organiza a oferta de serviços e suas formas de intervenção por meio dos modelos de práticas profissionais e institucionais estruturadas para o atendimento de necessidades individuais e coletivas, específicas para um determinado contexto histórico e social. Fonte: *inciso XVI do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2*.
2. Sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão predominante da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Fonte: *inciso VIII do caput do art. 6º da Resolução MS 588 de 12/07/2018*.
3. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão predominante da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Para a implantação da RAS, é necessária

uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas. O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, conte com a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3*.

Ver também: Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Modelo de Gestão de Saúde Indígena

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, é aquele que segue as seguintes diretrizes: I – a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, integrante da Política Nacional de Saúde, deve ser compatibilizada com as determinações da Lei Orgânica da Saúde e com a Constituição Federal, que reconhecem as especificidades étnicas e culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos indígenas; II – o objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde; III – a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena adotará modelo de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos povos indígenas o exercício da cidadania; IV – o Subsistema de Saúde Indígena fica organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno-culturais, sob responsabilidade do gestor federal; V – os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade; VI – a estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos Pólos-Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as ativi-

dades de referência para o atendimento de média e alta complexidade; VII – o processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas deve contar com a participação dos próprios índios, representados por suas lideranças e organizações nos Conselhos de Saúde locais e distritais; VIII – na execução das ações de saúde dos povos indígenas deverão ser estabelecidos indicadores de desempenho e sistemas de informações que permitam o controle e a avaliação das referidas ações; e IX – a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo 2 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

vos, também os indicadores da desigualdade e iniquidade, de determinantes da saúde, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros, quantitativos e qualitativos, abertos às dimensões da ética, do conflito, da subjetividade e da micropolítica, que sirvam ao trabalho local e à aferição e mudança permanente das práticas. Monitoramento pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços nesta área visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos. Fonte: *Anexo I do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, as metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora devem estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: I – Planos de Saúde; II – Programações Anuais de Saúde; e III – Relatórios Anuais de Gestão. O planejamento estratégico deve contemplar ações, metas e indicadores de promoção, vigilância e atenção em saúde do trabalhador, nos moldes de uma atuação permanentemente articulada e sistêmica. As necessidades de saúde do trabalhador devem ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde do trabalhador nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo. A avaliação e o monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pelas três esferas de gestão do SUS, devem ser conduzidos considerando-se: I – a inserção de ações de saúde do trabalhador, considerando objetivos, diretrizes, metas e indicadores, no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde e no Relatório Anual de Gestão, em cada esfera de gestão do SUS; II – a definição de que as ações de saúde do trabalhador, em cada esfera de gestão, devem expressar com clareza e transparência, os mecanismos e as fontes de financiamento; III – o estabelecimento de investimentos nas ações de vigilância, no desenvolvimento de ações na Atenção Primária em Saúde e na regionalização como eixos prioritários para a aplicação dos recursos de saúde do

Módulo de Controle Externo

1. Funcionalidade disponível na interface “web” do SIOPS no Portal da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br, que permite aos Tribunais de Contas o registro de dados e informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde. Fonte: *inciso VI do caput do art. 443 da PRC GM/MS nº 1.*

Módulo de Transplante

1. Consiste no conjunto de critérios técnicos estabelecidos para a operacionalização da distribuição para cada órgão, tecido, células ou partes do corpo humano, inclusive com a atribuição de pontos, realizada pelo SIG. Fonte: *inciso I do caput do art. 50 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Módulo-Padrão de Suprimento

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, elenco de medicamentos repassado por um nível de gestão a outro para abastecer os serviços de saúde compreendidos no sistema estadual ou municipal. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Monitoramento e Avaliação

1. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), as dimensões de monitoramento e avaliação devem, necessariamente, buscar articular, além dos indicadores tradicionais das ações e dos serviços de saúde, individuais e coleti-

trabalhador; IV – a definição de interlocutor para o tema saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do SUS; V – a inclusão na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) de ações e serviços de saúde do trabalhador; VI – a produção de protocolos, de linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, de acordo com os níveis de organização da vigilância e atenção à saúde; VII – a capacitação dos profissionais de saúde, visando à implementação dos protocolos, das linhas guias e das linhas de cuidado em saúde do trabalhador; VIII – a definição dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, de acordo com as diretrizes clínicas, as linhas de cuidado pactuadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), garantindo a notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho; e IX – o monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde do trabalhador pactuados, bem como o acompanhamento da evolução histórica e tendências dos indicadores de morbimortalidade, nas esferas municipal, micro e macrorregionais, estadual e nacional. Fonte: *caput do art. 16 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.*

3. No âmbito da linha de cuidados em AVC e dos critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) da Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE), Os serviços de saúde autorizados a prestar assistência aos pacientes acometidos por AVC no âmbito do SUS devem submeter-se à regulação, controle e avaliação dos respectivos gestores, os quais são responsáveis por: I – avaliação permanente da estrutura e equipe dos serviços habilitados para prestar este tipo de atendimento; II – avaliação da compatibilidade entre a estrutura e equipe autorizadas a prestar os serviços e a respectiva produção; III – avaliação da compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, o número de atendimentos realizados e o número de procedimentos, observando-se também a frequência esperada dos procedimentos (consultas e acompanhamentos/tratamentos) correlacionados; e IV – avaliação da qualidade dos serviços prestados. Fonte: *caput do art. 136 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

4. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, os parâmetros, as metas e os indicadores para avaliação e monitoramento deverão estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: I – Planos de Saúde; II – Programações Anuais de Saúde; e III – Relatórios

Anuais de Gestão. Fonte: *caput do art. 27 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

5. No âmbito de Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a implementação desta Política Nacional está pautada em processo de acompanhamento e avaliação permanente que permita o seu contínuo aperfeiçoamento, a partir das necessidades que vêm a ser indicadas na sua prática. Para o desenvolvimento do processo, serão definidos indicadores e parâmetros específicos os quais, aliados aos dados e informações geradas pela avaliação dos planos, programas, projetos e atividades que operacionalizarão esta Política, possibilitarão conhecer o grau de alcance do seu propósito, bem como o impacto sobre a qualidade de vida das pessoas com deficiência. Entre os indicadores que poderão ser utilizados nesse processo, figuram, por exemplo: índices de cobertura assistencial; taxa de capacitação de recursos humanos; distribuição de medicamentos, órteses e próteses; taxa de implementação de novos leitos de reabilitação; comparações de informações gerenciais; taxas de morbidade; censos demográficos; pesquisa por amostragem domiciliar. Ao lado disso, no processo de acompanhamento e avaliação referido, deverão ser estabelecidos mecanismos que favoreçam também verificar em que medida a presente Política tem contribuído para o cumprimento dos princípios e diretrizes de funcionamento do SUS, explicitados na Lei n.º 8.080/90, sobretudo no seu Capítulo II, art. 7º. Fonte: *Anexo I do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*
6. No âmbito das definições que objetivam possibilitar uma mesma compreensão do Termo de Compromisso de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), Avaliar é o conjunto de ações que permite emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo (sendo observado) a partir de um paradigma (optimum, desejável, preceito legal, etc.). Consiste em atribuir um valor ao encontrado, o grau de alcance dos resultados, a partir do esperado. Avaliação pode se constituir em uma ferramenta para se fazer fiscalização, controle, auditoria, planejamento, melhorar desempenhos e qualidades, ou seja, auxiliar a qualificação do processo de gestão. Assim, trata-se da análise da estrutura, dos processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia (grau de atingimento de metas), eficiência (recursos envolvidos) e efetividade (impacto) estabelecidos para o sistema de saúde. Monitorar é o conjunto de ações de acompanhamento de um determinado plano, programa, atividade, ação ou processo. O monitoramento sempre está base-

- ado num conjunto de informações e indicadores que, pré-definidos, dão a dimensão da ação que vem sendo implementada, apontando os indicativos de correção de rumos. Fonte: *Anexo XIV da PRC GM/MS nº 1.*
7. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP), o monitoramento e a avaliação dos serviços e das ações de saúde ofertadas pelas ESP dar-se-ão pelo registro dos procedimentos nos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde, conforme critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais vigentes. O registro dos procedimentos das ações de saúde dos serviços será realizado no sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), quando estiver aderido/implantado nos estados, Distrito Federal e municípios. O monitoramento de que tratam as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). Fonte: *caput do art. 6º do Anexo XVIII da PRC GM/MS nº 2.*
 8. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, o propósito desta Política será objeto de contínua avaliação, mediante metodologias e indicadores definidos em projeto específico, a ser formulado pela Secretaria de Políticas de Saúde, a quem cabe, também, a responsabilidade da implementação do processo de elaboração ou reorientação de programas, projetos e atividades, de modo a adequá-los às diretrizes e prioridades aqui fixadas. A principal finalidade da avaliação será conhecer a repercussão da Política de Medicamentos na saúde da população, dentro de uma visão sistêmica e intersetorial, verificando, também, em que medida estão sendo consolidados os princípios e diretrizes do SUS. Com isso, para além do enfoque meramente operacional, verificar-se-á como estão sendo considerados e consolidados os princípios acima referidos, constantes na Lei nº 8.080/90, de que são exemplos, entre outros: a) "a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;" b) "a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;" c) "a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo." O processo de acompanhamento e avaliação desta Política implicará, necessariamente, não só o envolvimento dos órgãos do Sistema e dos outros setores aqui identificados, como, também,

diferentes segmentos da sociedade que direta ou indiretamente lidam com a questão medicamentos. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

9. No âmbito das diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), os hospitais contratualizados monitorarão os seguintes indicadores gerais: I – taxa de ocupação de leitos; II – tempo médio de permanência para leitos de clínica médica; III – tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos; e IV – taxa de mortalidade institucional. Os hospitais contratualizados que disponham de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) monitorarão, ainda, os seguintes indicadores: I – taxa de ocupação de leitos de UTI; e II – densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC). Fonte: *caput do art. 11 do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*
10. No âmbito do Programa Academia da Saúde, ficará a cargo do Ministério da Saúde, por meio da SAS/MS e da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, podendo essas ações serem realizadas por meio de: I – indicadores e instrumentos de gestão do SUS; II – registro da produção dos profissionais de saúde no desenvolvimento de ações do Programa Academia da Saúde nos sistemas de informação do SUS; III – instrumentos para identificar o grau de satisfação e adesão dos usuários; e IV – inquéritos de base populacional. Fonte: *caput do art. 37 da PRC GM/MS nº 5.*
11. No âmbito das Tipologias e Atribuições das Unidades de Atenção Especializada Ambulatorial em doença renal crônica (DRC) da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem a atenção à saúde às pessoas com DRC no âmbito do SUS serão submetidos à regulação, controle e avaliação dos seus respectivos gestores, estando sob responsabilidade destes gestores, dentre outras, as seguintes atribuições: I – avaliação da estrutura e equipe dos estabelecimentos por eles autorizados para prestar o cuidado; II – avaliação da compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, o número de atendimentos realizados e o número de procedimentos faturados, observando também a distribuição numérica esperada dos procedimentos (consultas e acompanhamentos/tratamentos); e III – avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos. Fonte: *caput do art. 90 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

12. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), cabe aos hospitais desenvolver estratégias para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização e da qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, utilizando-se dos resultados para subsidiar o processo de planejamento e gestão. O Plano Diretor e os contratos internos de gestão do hospital, desde que monitorados e avaliados rotineiramente, poderão ser ferramentas adotadas para o cumprimento dos compromissos e metas pactuados com o gestor e para a sustentabilidade institucional. Fonte: *caput do art. 20 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*
13. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, o processo de avaliação da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida, a ser realizado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A avaliação tem como finalidade o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, buscando verificar sua efetividade de modo a permitir a verificação de seu resultado sobre a saúde dos indivíduos e, consequentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina. Uma avaliação mais detalhada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e o seu monitoramento deverão ocorrer no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes. Para essa avaliação e monitoramento há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, objetivando identificar, modificar e/ou incorporar novas diretrizes a partir de sugestões apresentadas pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, Confederações dos Trabalhadores do Brasil, Centrais Sindicais e entidades empresariais, entre outras. Fonte: *caput do art. 8º do Anexo XII da PRC GM/MS nº 2.*
14. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, será organizado sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena. Esse sistema deverá identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, como a organização dos serviços no Distrito Sanitário, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade. Essas informações servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática, facilitando a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações. Os instrumentos para coleta de dados no território distrital serão propostos por equipe técnica do órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Estes instrumentos poderão ser adaptados à realidade local, mas terão que permitir a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer para buscar intervenções específicas de cada povo. O Acompanhamento e Avaliação desta política terá como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), referente à saúde dos povos indígenas. Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O Siasi deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*
15. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem a atenção à saúde às pessoas com doenças raras no âmbito do SUS estarão submetidos à regulação, controle e avaliação pelos respectivos gestores públicos de saúde. O Ministério da Saúde monitorará e avaliará periodicamente o atendimento contínuo dos serviços prestados para manutenção do repasse dos recursos financeiros ao ente federativo beneficiário, de acordo com as informações no SIA/SUS e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). Fonte: *caput do art. 25 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*
16. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), institui-se a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros Dispositivos Comunitários da rede pública de saúde mental. A Estratégia objeto deste artigo será desenvolvida por meio do estabelecimento de parceria entre o Ministério da Saúde e instituições de ensino, pesquisa e extensão, com o objetivo de formulação e execução de projetos de pesquisa e produção e de conhecimento para avali-

ação e aperfeiçoamento dos CAPS e demais serviços da rede pública de saúde mental, focalizando desde a acessibilidade, a organização dos serviços, a gestão, a qualidade da atenção, a efetividade, a formação dos profissionais e a produção de qualidade de vida e cidadania dos usuários envolvidos. Fonte: *caput do art. 92 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

17. No âmbito das Diretrizes para Implantação e Habilitação de Centro de Parto Normal (CPN) da Rede Cegonha, o monitoramento de que trata a regulamentação do Centro de Parto Normal (CPN) não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobre de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos da Portaria de Consolidação nº 6. O monitoramento e a avaliação dos CPN, incluindo-se a produção e os indicadores descritos no Anexo 7 do Anexo II [da Portaria de Consolidação MS/GM nº 3], é de responsabilidade das respectivas Secretarias de Saúde estaduais, distrital e municipais. Fonte: *caput do art. 21 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

18. No âmbito da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos entre os Fundos de Saúde, bem como os montantes aplicados pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios dar-se-ão por meio do RAG. O RAG conterá as ações e serviços efetuados no âmbito da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde e sua execução orçamentária e será elaborado em conformidade com as orientações previstas na Portaria de Consolidação nº 1, no Capítulo das Diretrizes do Processo de Planejamento no Âmbito do SUS, encontrando-se disponível para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão em arquivo os documentos fiscais que comprovem a aplicação dos recursos financeiros tripartite do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pelo prazo estabelecido na legislação em vigor. Fonte: *caput do art. 44 do Anexo XXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

19. No âmbito da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), as ações e as metas para o monitoramento e a avaliação da PNIIS devem estar presentes nos seguintes instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: I – Planos de Saúde; II – Programações Anuais de Saúde; e III –

Relatórios Anuais de Gestão. Fonte: *caput do art. 12 do Anexo XLII da PRC GM/MS nº 2.*

20. No âmbito do Programa de Desinstitucionalização Integrante do Componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), serão realizados pode meio de: I – constituição de Comissão de Acompanhamento da execução das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS", com cooperação técnica federal, estadual e municipal, e com representações das respectivas áreas de saúde mental; e II – Grupo Condutor Regional da RAPS já constituído, que realizará o acompanhamento da execução das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS", com cooperação técnica federal, estadual e municipal e com representações das respectivas áreas de saúde mental. As estratégias de avaliação e de monitoramento da execução das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS" serão definidas e desenvolvidas pela Comissão de Acompanhamento ou Grupo Condutor Regional da RAPS. A Comissão de Acompanhamento e Grupo Condutor Estadual da RAPS acompanharão o processo de avaliação e monitoramento das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS", bem como zelarão pelo seu cumprimento. Fonte: *caput do art. 73 da PRC GM/MS nº 5.*

21. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), para fins de cumprimento da Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, sugere-se que, periodicamente, sejam realizadas as seguintes avaliações: morbidade e mortalidade neonatal; taxas de reinternação; crescimento e desenvolvimento; grau de satisfação e segurança materna e familiar; prevalência do aleitamento materno; desempenho e satisfação da equipe de saúde; conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança; tempo de permanência intra-hospitalar. Fonte: *Anexo 1 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*

22. No âmbito das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, serão realizados por meio de sistemas de informação oficiais da saúde e do Sistema de Informações para Infância e Adolescência (SIPIA). O monitoramento e avaliação da implantação e implementação da PNAISARI serão realizados pelo controle das equipes de saúde de referência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), pelo acompanhamento do Plano de Ação Anual e visitas técnicas

"in loco", além de outros instrumentos que serão construídos pela CGSAJ/DAPES/SAS/MS. O monitoramento da implantação e implementação da PNAISARI não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG).
Fonte: *caput do art. 27 do Anexo XVII da PRC GM/MS nº 2.*

23. No âmbito das diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), caberá a todas as esferas de gestão do SUS o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pelos hospitais contratualizados ao SUS, respeitadas as competências de cada esfera de gestão. O monitoramento e avaliação poderão ser executados por meio de sistemas de informações oficiais e visitas "in loco".
Fonte: *caput do art. 33 do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

24. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, compreenderá a sistematização de processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito - e, consequentemente, o seu impacto sobre a saúde dos indivíduos idosos -, bem como proceder a eventuais adequações que se fizerem necessárias. Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores, que resultaram da ação articulada preconizada nesta Política, bem como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo País em relação à atenção à saúde dos indivíduos idosos. É importante considerar que o processo de acompanhamento e avaliação referido será apoiado, sobretudo para a aferição de resultados no âmbito interno do setor, pelas informações produzidas pelos diferentes planos, programas, projetos, ações e/ou atividades decorrentes desta Política Nacional. Além da avaliação nos contextos anteriormente identificados, voltados principalmente para a verificação do impacto das medidas sobre a saúde dos indivíduos idosos, buscar-se-á investigar a repercussão desta Política na qualidade de vida deste segmento populacional. Paralelamente, deverá ser observado, ainda, se: a) o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados para a população de forma geral e, principalmente, à população idosa; b) as ações, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão; c)

a participação dos indivíduos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada.
Fonte: *Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.*

25. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violência, a partir de sua operacionalização, será desenvolvido processo sistematizado de avaliação, com um acompanhamento permanente que permita o conhecimento da repercussão das ações sobre a ocorrência de acidentes e de violências no País, bem como acerca das consequências decorrentes destes eventos, sobretudo no tocante ao atendimento, recuperação e reabilitação de pessoas vitimadas. Além disso, deverá possibilitar a incorporação de novas diretrizes para o enfrentamento dos diferentes eventos relacionados a acidentes e a violências e a realização de eventuais ajustes que venham a ser ditados pela prática. Tais acompanhamentos e avaliação poderão valer-se dos dados e informações gerados pelos diferentes programas, planos, projetos ou atividades que serão operacionalizados a partir desta Política. Além da avaliação anteriormente prescrita, procurar-se-á investigar a repercussão desta Política sobre a qualidade de vida das pessoas, bem como a sua contribuição para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS. Fonte: *Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.*

26. No âmbito de Política Nacional de Alimentação e Nutrição, o monitoramento da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil será realizado por dois sistemas: Sistema de Gerenciamento da Estratégia e o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, tendo como objetivo avaliar de forma periódica e permanente o processo de sua implementação e de mudanças nas práticas alimentares. Fonte: *caput do art. 9º do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Monitoramento e Avaliação da Gestão

1. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), as dimensões de monitoramento e avaliação devem, necessariamente, buscar articular, além dos indicadores tradicionais das ações e dos serviços de saúde, individuais e coletivos, também os indicadores da desigualdade e iniquidade, de determinantes da saúde, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros, quantitativos e qualitativos, abertos às dimensões da ética, do conflito, da subjetividade e da micropolítica, que sirvam ao trabalho local e à aferição e mudança permanente das práticas. Considerando o Pacto Pela Vida, o monitoramento deve ser um proces-

so permanente, orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem os Termos de Compromisso de Gestão e os cronogramas pactuados, tendo como objetivo o desenvolvimento de ações de apoio para a qualificação do processo de gestão. Além disso, o monitoramento é entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços nesta área visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos. Para os fins da Ouvidoria do SUS, processo que tem caráter permanente e funciona a partir da perspectiva do usuário do SUS, contribuindo efetivamente para o aperfeiçoamento gradual e constante dos serviços públicos de saúde. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.

Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ)

1. No âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, consiste em conjunto de ações realizadas pelo Laboratório Tipo II que visa à avaliação da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero dos Laboratórios Tipo I, desde a fase pré-analítica até a liberação dos laudos diagnósticos. O MEQ tem por finalidades: I – avaliar o desempenho dos laboratórios Tipo I e a qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero por eles realizados; II – detectar as diferenças de interpretação dos critérios citomorfológicos; III – aumentar a eficiência do processo de realização dos exames citopatológicos do colo do útero; e IV – reduzir o percentual de exames falso-negativos, falso-positivos e insatisfatórios por meio da seleção e avaliação dos exames negativos, positivos e insatisfatórios informados pelos laboratórios Tipo I no SISCAN ou em outro sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde. Fonte: *caput do art. 141 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3*.

Ver também: Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ).

Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ)

1. No âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, constitui-se ação obrigatória para todos os Laboratórios Tipo I e Tipo II, realizada por meio de processos de controle da qualidade dos exames realizados, e compreende os seguintes elemen-

tos: I – implantação de parâmetros válidos de qualidade que permitam a mensuração da situação atual do laboratório e seu acompanhamento ao longo do tempo; II – registro dos resultados encontrados, permitindo a identificação de não conformidades; III – elaboração e atualização de instrução escrita da rotina do laboratório (Procedimento Operacional Padrão - POP); IV – análise dos diagnósticos discrepantes; V – realização de auditoria interna; VI – implementação de ações corretivas e preventivas realizadas pelo próprio laboratório; e VII – promoção de educação permanente para todo o quadro de funcionários. Fonte: *caput do art. 140 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3*.

Morbimortalidade

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, impacto das doenças e dos óbitos que incidem em uma população, Fonte: Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.
2. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, refere-se ao conjunto das ocorrências accidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. Acresce a esse grupo de eventos aqueles que, mesmo não chegando aos serviços de saúde, são do conhecimento de outros setores da sociedade (polícias, hospitais não credenciados ao Sistema Único de Saúde – SUS, entre outros). Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

Motocicleta para a Intervenção do SAMU 192

1. As motocicletas para a intervenção do SAMU 192 deverão possuir motorização com no mínimo 250 cilindradas e ser do tipo trail. Deverão ser utilizadas exclusivamente em intervenções do SAMU 192, sob regulação médica e se destinam, prioritariamente, às seguintes situações: a) intervenções nos acionamentos de unidade de suporte avançado de vida (USA), considerando que a motocicleta desenvolve melhor velocidade e conta com a agilidade necessária no trânsito para chegar antes da ambulância ao local onde se encontra o paciente. Assim, nos eventos tempo-dependentes (por exemplo, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, dentre outras tantas) deverão ser envidados esforços por parte das centrais de regulação em efetuar o despacho imediato da motocicleta como forma de assegurar a chegada do socorro no menor tempo-resposta possível, preservando-se a segurança do condutor da motocicleta; b) intervenções em eventos em locais de

reconhecido difícil acesso a veículos de urgência (ambulâncias) em razão de características geográficas, condições da malha viária, dentre tantas peculiaridades de cada Município/região de abrangência do serviço, bem como em outras situações desta natureza que possam ser identificadas pela regulação médica como motivação para utilização da motocicleta; c) apoio nas intervenções de suporte básico de vida quando for necessário auxílio direto na cena de mais um técnico de enfermagem para auxílio em procedimentos que necessitem de mais profissionais, de acordo com o julgamento da regulação médica (reanimação cardiopulmonar, extração de vítimas, dentre outras situações do Atendimento Pré-hospitalar- APH móvel); d) apoio nas intervenções de suporte avançado de vida quando for necessária a presença de mais um técnico de enfermagem na cena, a critério do médico regulador; e e) demais situações de agravo à saúde da população nas quais, a critério do médico regulador, no uso de suas atribuições contidas na Portaria 2.048/GM, possa haver benefício no emprego da motocicleta, uma vez que a chegada desta unidade viabilizará o início de manobras de suporte básico de vida.

Fonte: Anexo 7 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

Motolância

1. É um dos tipos de unidades móveis para atendimento de urgência, conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para sua condução. Fonte: *inciso V do caput do art. 44 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

MS ver Ministério da Saúde

Multiplicador/Facilitador [Estratégia AIDPI]

1. No âmbito da Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Estratégia AIDPI), profissional que atua como professor nos diversos cursos da Estratégia ADIPI Criança, AIDPI Neonatal e AIDPI Comunitário Materno Infantil, devidamente capacitado por meio de curso específico. Fonte: *inciso III do caput do art. 371 da PRC GM/MS nº 5.*

Município Prioritário para Habilitação no Programa “De Volta Para Casa”

1. Aqueles que possuem ações desenvolvidas, ou em desenvolvimento, de reintegração social para pessoas acometidas por transtorno mental, que tenham moradores em serviços residenciais terapêuticos, e equipe

de saúde estruturada para apoiar esta ação e que cumpram as seguintes condições: I – apresentam alta concentração de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos que atendem aos requisitos de temporabilidade do tratamento; II – tenham hospitais em processo de descredenciamento do SUS; e III – que estejam destinados a acolher pacientes de programas de desinstitucionalização egressos de hospitais localizados em outros municípios. Fonte: *caput do art. 51 da PRC GM/MS nº 5.*

Município Sentinel

1. No âmbito da Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), definido a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos significativos à saúde do trabalhador, oriundos de processos de trabalho em seus territórios. Deve desenvolver políticas de promoção da saúde, de forma a garantir o acesso do trabalhador às ações integradas de vigilância e de assistência, em todos os níveis de atenção do SUS. Fonte: *caput do art. 15 do Anexo X da PRC GM/MS nº 3.*

Musicoterapia

1. No âmbito da Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida. A Musicoterapia favorece o desenvolvimento criativo, emocional e afetivo e, fisicamente, ativa o tato e a audição, a respiração, a circulação e os reflexos. Também contribui para ampliar o conhecimento acerca da utilização da música como um recurso de cuidado junto a outras práticas, facilitando abordagens interdisciplinares, pois promove relaxamento, conforto e prazer no convívio social, facilitando o diálogo entre os indivíduos e profissionais. Fonte: *Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.*

Letra N

Não Conformidade [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, falha em atingir requisitos previamente especificados. Fonte: *inciso XXV do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

NAQH ver Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar

Nascimento ver Gestação, Parto e Nascimento

Nascimento Vivo

1. No âmbito do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsões do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança nascida viva. Fonte: *inciso II do caput do art. 397 da PRC GM/MS nº 1.*

Natimorto ver Óbito Fetal

Naturopatia

1. No âmbito da Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Músicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), entendida como abordagem de cuidado que, por meio de métodos e recursos naturais, apoia e estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se. Tem sua origem fundamentada nos saberes de cuidado em saúde de diversas culturas, particularmente aquelas que consideram o vitalismo, que consiste na existência de um princípio vital presente em cada indivíduo, que influencia seu equilíbrio orgânico, emocional e mental, em sua cos-

movimento. A Naturopatia utiliza diversos recursos terapêuticos como: plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, trofologia, massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos. Fonte: *Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.*

NCI ver Notificação Compulsória Imediata

NCS ver Notificação Compulsória Semanal

Necessidade Alimentar Especial

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), em todas as fases do curso da vida ocorrem alterações metabólicas e fisiológicas que causam mudanças nas necessidades alimentares dos indivíduos, assim como um infinito número de patologias e agravos à saúde também podem causar mudanças nas necessidades alimentares. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, as Necessidades Alimentares Especiais são referidas como as necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que cause mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral). Exemplos: erros inatos do metabolismo, doença celíaca, HIV/AIDS, intolerâncias alimentares, alergias alimentares, transtornos alimentares, prematuridade, nefropatias, etc. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Nefropatia

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, doença que acomete o sistema renal. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Negligência

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, é a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima. Fonte: *Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violência, especificamente no que diz respeito à violência contra o idoso, é a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso, forma de violência presente tanto em nível

doméstico quanto institucional, levando muitas vezes ao comprometimento físico, emocional e social, gerando, em decorrência, aumento dos índices de morbidade e mortalidade. Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

NIR ver Núcleo Interno de Regulação

Nível I - Atenção Básica [Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais]

1. No âmbito do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, é o nível que compreende a realização de ações básicas de saúde voltadas para as hepatites virais, relativas à sua prevenção e à promoção da saúde para toda a população, bem como os processos de identificação de portadores de hepatites virais e de assistência básica dos casos identificados. Fonte: *caput do art. 283 da PRC GM/MS nº 5*.

Ver também: Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais.

Nível II - Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade [Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais]

1. No âmbito do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, é o nível que compreende a execução de ações de diagnóstico e tratamento dos portadores de hepatites virais, de acordo com o previsto para seu nível de complexidade assistencial estabelecidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas já elaborados/publicados ou a serem elaborados/publicados pela Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde. Fonte: *caput do art. 284 da PRC GM/MS nº 5*.

Ver também: Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais.

Nível III - Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade [Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais]

1. No âmbito do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, é o nível que compreende a execução de ações de diagnóstico e tratamento dos portadores de hepatites virais, de acordo com o previsto para seu nível de complexidade assistencial

estabelecidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas elaborados/publicados ou a serem elaborados/publicados pela Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde. Fonte: *caput do art. 285 da PRC GM/MS nº 5*.

Nível Terciário

1. No âmbito de Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, pode ser ambulatorial e hospitalar e deve estar qualificado para prestar atendimento aos casos de reabilitação cujo momento da instalação da incapacidade, o seu tipo e grau justifiquem uma intervenção mais frequente e intensa, requerendo, portanto, tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados. Será importante que os serviços nesse nível tenham caráter docente e assistencial, vinculado aos centros universitários ou formadores de recursos humanos. Nesse nível, ainda, promover-se-á a formulação, em conjunto com os demais níveis, de instrumentos de avaliação da eficiência e eficácia do processo reabilitativo, bem como dos de resultados e de impactos alcançados na região. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores Expostos ao Benzeno

1. Regulamenta os procedimentos relativos à vigilância da saúde dos trabalhadores expostos ao benzeno, e seu campo de aplicação concentra-se nas empresas e respectivas contratadas que produzem, utilizam, transportam, armazenam e manipulam benzeno ou suas misturas líquidas para os serviços de saúde públicos e privados, laboratórios e outras instâncias institucionais do campo da saúde do trabalhador. Fonte: Anexo LXVIII da PRC GM/MS nº 5.

Normalizar

1. No âmbito das definições que objetivam possibilitar uma mesma compreensão do Termo de Compromisso de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), significa estabelecer normas para o funcionamento de uma organização ou sistema; submeter às normas o funcionamento de alguma estrutura. Mesmo que normalizar. Fonte: Anexo XIV da PRC GM/MS nº 1.

Notificação

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violência, comunicação obrigatória de determinadas doenças ou agravos às autoridades de saúde. Fonte: *Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.*

Notificação Compulsória

1. No âmbito da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, é definida como: I - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no Anexo V [da Portaria de Consolidação MS/Gm nº 4], podendo ser imediata ou semanal: a) notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível; b) notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo; II – notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória. Fonte: *inciso VI do caput do art. 2º do Anexo V da PRC GM/MS nº 4.*

Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher

1. No âmbito da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher. A notificação compulsória de violência contra a mulher seguirá o seguinte fluxo: I – o preenchimento ocorrerá na unidade de saúde onde foi atendida a vítima; II – a Ficha de Notificação é remetida ao Serviço de Vigilância Epidemiológica ou serviço correlato da respectiva Secretaria Municipal de Saúde, onde os dados serão inseridos em aplicativo próprio; e III – as informações

consolidadas serão encaminhadas à Secretaria de Estado de Saúde e, posteriormente, à Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. Fonte: *caput do art. 14 do Anexo V da PRC GM/MS nº 4.*

Ver também: Notificação Compulsória.

Notificação Compulsória Imediata (NCI)

1. Notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível. Fonte: *inciso VII do caput do art. 2º do Anexo V da PRC GM/MS nº 4.*

Notificação Compulsória Negativa

1. Comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória. Fonte: *inciso IX do caput do art. 2º do Anexo V da PRC GM/MS nº 4.*

Notificação Compulsória Semanal (NCS)

1. Notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo. Fonte: *inciso VIII do caput do art. 2º do Anexo V da PRC GM/MS nº 4.*

Núcleo (ou Centro) de Atendimento em Reabilitação

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, local onde é realizado um conjunto de terapias e outras ações destinado a possibilitar às pessoas com deficiência o alcance de sua autonomia funcional. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

1. No âmbito de Operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica, constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das

equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB). Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um. Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias. Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): a) Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas; b) Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; c) Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.

Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH)

1. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, compete: I – garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as Centrais de Regulação de urgência e internação; II – promover a permanente articulação entre a unidade de urgência e as unidades de internação; III – monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação; IV – propor mecanismos de avaliação por meio de indicadores clínicos e administrativos; V –

propor e acompanhar a adoção de Protocolos clínicos; VI – acompanhar o processo de cuidado do paciente, visando ao atendimento no local mais adequado às suas necessidades; VII – articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar; VIII – manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência; IX – garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho; X – atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio da articulação e encaminhamento aos demais serviços da rede; XI – monitorar o agendamento cirúrgico, com vistas à otimização da utilização das salas; XII – agilizar a realização de exames necessários; XIII – definir critérios de internação e alta; e XIV – responder às demandas do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências. Fonte: *caput do art. 36 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3*.

2. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, núcleo composto por profissionais das diversas áreas do hospital cuja finalidade é a garantia da qualidade da gestão do serviço de urgência e emergência e dos leitos de retaguarda às urgências na forma do Título I do Livro II do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3. Fonte: *inciso XV do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2*.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família

1. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), vinculado à Unidade Básica de Saúde, constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental incluindo os problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas. Fonte: *parágrafo 2º do art. 6º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3*.

Ver também: Unidade Básica de Saúde (UBS).

Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde do Ministério da Saúde

1. No âmbito do Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde, compete-lhe: I – coordenar processo de implementação da política de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde de âmbito nacional; II – definir Plano de Trabalho para Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde em âmbito nacional; III – aprovar diretrizes teórico-metodológicas para Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde em âmbito nacional; IV – promover a articulação das iniciativas de avaliação de programas ou políticas e de produção de informação entre as áreas do MS; V – requisitar às diferentes áreas do sistema as informações necessárias para o processo de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde; VI – propor realização de estudos complementares necessários à Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde de âmbito nacional; VII – promover a produção de conhecimento sobre metodologias e a disseminação dos resultados da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde; e VIII – promover a utilização dos resultados da avaliação de desempenho do Sistema de Saúde na tomada de decisão sobre as políticas e programas. Fonte: *caput do art. 73 da PRC GM/MS nº 1.*

Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico

1. No âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, instituições formadoras e de gestão e/ou serviços de saúde responsáveis pela formulação e gestão de Teleconsultorias, Telediagnósticos e Segunda Opinião Formativa. Fonte: *inciso I do caput do art. 449 da PRC GM/MS nº 5.*
2. Tem por competência: I – responsabilizar-se pela oferta de Teleconsultoria, Telediagnóstico e Segunda Opinião Formativa. II – compor e manter equipe de Teleconsultores e corpo clínico de especialistas de referência, compatível com a demanda pelos serviços descritos no art. 456, I; III – promover e apoiar a formação de Teleconsultores no âmbito do Telessaúde Brasil Redes; IV – atualizar as informações e inserir dados no sistema nacional de informações do Telessaúde Brasil Redes, junto ao Ministério da Saúde, devendo apresentar relatório anual de atividades que comprove o alcance das metas previstas no Plano de Trabalho; V – garantir a adequação aos padrões de interoperabilidade propostos pelo Telessaúde Brasil Rede; VI – apoiar o desenvolvimento de protocolos que incluam a solicitação prévia de Teleconsultorias

sobre procedimentos, para avaliação da necessidade de encaminhamento ou de solicitação para a Central de Regulação Médica das Urgências; VII – monitorar e avaliar o Telessaúde Brasil Redes no seu âmbito de atuação, incluindo a análise do número de solicitações de Teleconsultorias, do tempo de resposta para os usuários do serviço, do número e da pertinência dos encaminhamentos e solicitações de exames complementares, com vistas à ampliação do acesso aos serviços e à melhoria da resolubilidade da atenção à saúde dos usuários do SUS; e VIII – desenvolver ações de teleeducação, com base nas necessidades loco-regionais identificadas e em consonância com as prioridades da política nacional de saúde. Fonte: *caput do art. 456 da PRC GM/MS nº 5.*

3. No âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, instituição que oferece Teleconsultoria e Segunda Opinião Formativa, com o objetivo de qualificar, ampliar e fortalecer o SUS. Fonte: *parágrafo 2º do art. 458 da PRC GM/MS nº 5.*

Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico Estadual na Atenção Básica

1. No âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, está vinculado à gestão estadual, tendo um conjunto de municípios integrantes. Fonte: *inciso I do parágrafo único do art. 471 da PRC GM/MS nº 5.*

Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico Intermunicipal na Atenção Básica

1. No âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, a sede do Núcleo está vinculada à gestão municipal, tendo um conjunto de municípios integrantes. Fonte: *inciso III do parágrafo único do art. 471 da PRC GM/MS nº 5.*

Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico Municipal na Atenção Básica

1. No âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, a sede do Núcleo está vinculada à gestão municipal, tendo abrangência apenas no próprio município. Fonte: *inciso II do parágrafo único do art. 471 da PRC GM/MS nº 5.*

Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico na Atenção Básica

1. No âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, deve possuir sede física e ser composto por

equipe e equipamentos que garantam a coordenação e execução das ações cotidianas de: I – Teleconsultoria; II – educação permanente; III – apoio matricial; IV – preparação de pessoal e das equipes para o uso do serviço; V – resolução de problemas relacionados ao uso do serviço; VI – monitoramento e avaliação do uso e da qualidade do serviço; e VII – monitoramento e avaliação do impacto do Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica e seus resultados na atenção à saúde da população. Fonte: *caput do art. 470 da PRC GM/MS nº 5.*

Núcleo Interno de Regulação (NIR)

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário. Fonte: *inciso XIV do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Núcleo Tecnológico

1. No âmbito das Diretrizes e os Critérios para a Definição da Lista de Produtos Estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), conjunto de conhecimentos tecnológicos que capacita seu detentor a reproduzir, desenvolver, aprimorar e transferir a tecnologia dos produtos objetos de Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDP). Fonte: *inciso VII do caput do art. 2º do Anexo XCV da PRC GM/MS nº 5.*

Nutrição e Alimentação Saudável

1. As Ações e Serviços de Promoção da Saúde devem considerar o padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos e de acordo com as fases do curso da vida, sendo consideradas, para fins de certificação, atividades como: a) promoção de ações relativas à alimentação saudável visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do direito humano à alimentação adequada; b) aconselhamento individual e/ou coletivo com vistas a disseminar a cultura da alimentação saudável em consonância

com os atributos e princípios do Guia Alimentar da População Brasileira; c) aconselhamento continuado para grupos específicos, como por exemplo, diabéticos, obesos, pessoas com excesso de peso, hipertensos, celíacos; d) desenvolver ações para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar; e e) implementar as ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação. Fonte: *inciso I do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*

Nutrição Enteral

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Nutrição Parenteral

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Letra O

Obesidade

1. No âmbito das diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, no caso de indivíduos adultos, considera-se com obesidade aqueles com IMC maior ou igual a 30 kg/m², sendo a obesidade classificada em: I – Grau I: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 30

kg/m² e menor que 35 kg/m²; II – Grau II: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 35 kg/m² e menor que 40 kg/m²; e III – Grau III: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 40 kg/m². Fonte: parágrafo 3º do art. 29 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.

Óbito de Mulheres em Idade Fértil

1. Para fins de investigação, são considerados óbitos de mulheres em idade fértil aqueles ocorridos em mulheres de 10 a 49 anos de idade. Fonte: parágrafo 3º do art. 410 da PRC GM/MS nº 1.

Óbito Fetal

1. No âmbito do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional, considerar aqueles com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcnar ou mais. Os óbitos fetais são considerados eventos de investigação obrigatória por profissionais da saúde (da vigilância em saúde e da assistência à saúde) visando identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis. Fonte: inciso III do caput do art. 397 da PRC GM/MS nº 1.

Óbito Infantil

1. No âmbito do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), aquele ocorrido em crianças nascidas vivas desde o momento do nascimento até 1 (um) ano de idade incompleto, ou seja, 364 (trezentos e sessenta e quatro) dias. Os óbitos infantis são considerados eventos de investigação obrigatória por profissionais da saúde (da vigilância em saúde e da assistência à saúde) visando identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis. Fonte: inciso I do caput do art. 397 da PRC GM/MS nº 1.

Óbito Materno

1. A morte de mulher, ocorrida durante a gestação ou até um ano após o seu término, devida a quaisquer causas relacionadas com o seu desenvolvimento ou

agravada no seu curso, inclusive por medidas adotadas durante a gravidez, independentemente de sua duração ou da localização, excluídas as accidentais ou incidentais. Fonte: parágrafo 1º do art. 410 da PRC GM/MS nº 1.

Óbito Neonatal

1. São aqueles que ocorrem entre 0 a 27 dias de vida. Fonte: inciso II do caput do art. 399 da PRC GM/MS nº 1.

Óbito Pós-Neonatal

1. São aqueles que ocorrem entre 28 dias a 1 ano incompleto de vida ou 364 dias. Fonte: inciso I do caput do art. 399 da PRC GM/MS nº 1.

Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS

1. Considerando-se o estágio de implantação destas experiências no SUS, propõe-se implantar, no âmbito do Ministério da Saúde, Observatório com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre as práticas e seu impacto na saúde. Para tanto, as medidas a serem empreendidas buscarão: 1) Instituir Observatório das experiências já consolidadas de Medicina Antroposófica no SUS, articulando-se as três esferas de gestão; 2) Desenvolver metodologias apropriadas para o acompanhamento e avaliação das práticas desenvolvidas nos serviços; e 3) Elaborar e publicar material informativo sobre os resultados dos Observatórios. Fonte: Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

OPO ver Organização de Procura de Órgãos e Tecidos

Orçamentação Global

1. No âmbito das diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), modalidade de financiamento na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato, podendo contemplar tanto recursos de investimento quanto de custeio, apresentados em planilha separadamente. Fonte: inciso II do caput do art. 15 do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.

Orçamentação Parcial

1. No âmbito das diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado. Fonte: *inciso III do caput do art. 15 do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Organização de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO)

1. O organismo com papel de coordenação supra-hospitalar responsável por organizar e apoiar, no âmbito de sua atuação e em conformidade com o estabelecido no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, as atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção de possível doador, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do processo, a construção de parcerias, o desenvolvimento de atividades de trabalho e a capacitação para identificação e efetivação da doação de órgãos ou tecidos. Fonte: *parágrafo 2º do art. 369 da PRC GM/MS nº 6.*
2. Tem por atribuições: I – organizar, no âmbito de sua circunscrição, a logística da procura de doadores; II – criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos nos hospitais de sua área de abrangência a possibilidade da doação de órgãos e tecidos; III – articular-se com as equipes médicas dos diversos hospitais, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação; IV – articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos; V – viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM sobre o tema; VI – notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doença; VII – manter o registro do número de óbitos ocorridos nas instituições sob sua abrangência, com levantamento dos casos de coma e Glasgow igual ou abaixo de 7 que tenham evoluído para óbito; VIII – promover e organizar ambientes e rotinas para o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito dos hospitais; IX – participar das

entrevistas familiares quando solicitada por estabelecimento de saúde de sua área de atuação; X – articular-se com os respectivos Institutos Médicos Legais-IML e os Serviços de Verificação de Óbito - SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde onde se encontram, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos; XI – articular-se com as respectivas CNCDOs, CIHDOTTs e bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos; XII – orientar e capacitar o setor responsável, nos estabelecimentos de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei nº 9.434, de 1997; XIII – capacitar multiplicadores sobre acolhimento familiar, morte encefálica e manutenção de doadores e demais aspectos do processo de doação/transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo; XIV – manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizados conforme os indicadores de eficiência para a área; XV – apresentar mensalmente os relatórios de produção à CNCDO; XVI – implementar programas de qualidade e boas práticas relativos a todas as atividades que envolvam doação/transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo no âmbito da OPO; e XVII – registrar, para cada processo de doação, informações referentes constantes na Ata do Processo Doação/Transplante, constante no Formulário I, Anexo 18 do Anexo I [da PRC MS/GM nº 4]. Fonte: *caput do art. 23 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Organização do Cuidado das Pessoas com Doenças Raras - Eixo I

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, é composto pelas doenças raras de origem genética e organizado nos seguintes grupos: a) anomalias congênitas ou de manifestação tardia; b) deficiência intelectual; c) erros inatos de metabolismo. Fonte: *inciso I do caput do art. 12 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

Organização do Cuidado das Pessoas com Doenças Raras - Eixo II

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, é composto por doenças raras de origem não genética e organizado nos seguintes grupos: a) infecciosas; b) inflamatórias; c) autoimunes; e d) outras doenças raras de origem não genética. Fonte: *inciso II do caput do art. 12 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

Orientação Comunitária

1. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida. Para tanto, faz-se necessário: I – Definir e caracterizar a comunidade; II – Identificar os problemas de saúde da comunidade; III – Modificar programas para abordar estes problemas; e IV – Monitorar a efetividade das modificações do programa. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Orientação de Serviço [Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho]

1. No âmbito do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, é função de supervisão docente-assistencial de caráter ampliado, exercida em campo, dirigida aos trabalhadores de saúde de quaisquer níveis de formação, atuantes nos ambientes em que se desenvolvem programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, respectivamente, para profissionais e estudantes da área da saúde, e que exerçam atuação específica de instrutoria, devendo reportar-se ao tutor, sempre que necessário, respeitando a legislação em vigor. Fonte: *inciso III do caput do art. 731 da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Preceptoria [Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho] e Tutoria [Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho].

Orientação Prognóstica

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, aconselhamento na predição da provável evolução e do desfecho de uma doença, lesão ou anomalia. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Orientações Básicas para a Implementação das Ações do SISVAN

1. As orientações básicas para a implementação das ações do SISVAN, no âmbito do SUS, em todo o território nacional, têm os seguintes objetivos: I – fornecer informação contínua e atualizada sobre a situação alimentar e nutricional dos municípios e dos estados; II – identificar áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais sob risco dos agravos nutricionais; III – promover o diagnóstico precoce dos agravos nutricionais, seja de baixo peso ou sobrepeso e/ou obesidade, possibilitando ações preventivas às consequências desses agravos; IV – possibilitar o acompanhamento e a avaliação do estado nutricional de famílias beneficiárias de programas sociais; e V – oferecer subsídios à formulação e à avaliação de políticas públicas direcionadas a melhoria da situação alimentar e nutricional da população brasileira. Fonte: *caput do art. 313 da PRC GM/MS nº 1.*

Órtese

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, aparelhagem destinada a suprir ou corrigir a alteração morfológica de um órgão, de um membro ou de um segmento de um membro, ou a deficiência de uma função. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Osteopatia

1. No âmbito da Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Misticoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos. Esta prática parte do princípio que as disfunções de mobilidade articular e teciduais em geral contribuem no aparecimento das enfermidades. A abordagem osteopática envolve o profundo conhecimento anatômico, fisiológico e biomecânico global, relacionando todos os sistemas para formular hipóteses de diagnóstico e aplicar os tratamentos de forma eficaz. Desta forma, a osteopatia diferencia-se de outros métodos de manipulação pois busca trabalhar de forma integral proporcionando condições para que o próprio organismo busque o equilíbrio/homeostase. Pode ser subdividida basicamente em três classes, a saber: osteopatia estrutural; osteopatia craniana; osteopatia visceral. Esta

abordagem para os cuidados e cura do indivíduo, se baseia no conceito de que o ser humano é uma unidade funcional dinâmica, em que todas as partes se inter-relacionam e que possui seus próprios mecanismos para a autorregulação e a autocura. O foco do tratamento osteopático é detectar e tratar as chamadas disfunções somáticas, que correspondem à diminuição de mobilidade tridimensional de qualquer elemento conjuntivo, caracterizadas por restrições de mobilidade (hipomobilidades). A osteopatia diz respeito à relação de corpo, mente e espírito na saúde e doença, enfatizando a integridade estrutural e funcional do corpo e a tendência intrínseca do corpo, direcionada à própria cura. Fonte: Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Osteoporose

1. No âmbito de Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a desossificação, com decréscimo absoluto de tecido ósseo, acompanhada de fraqueza estrutural. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Ostomia

1. No âmbito de Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, órgão ou a parte interna do organismo que não se comunica com o meio externo e que por alguma anormalidade passa a se comunicar. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Ototoxicose

1. No âmbito de Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, substância tóxica que afeta a audição. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Ouvidoria

1. No âmbito das definições que objetivam possibilitar uma mesma compreensão do Termo de Compromisso de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), comprehende os processos de programação da assistência à saúde e da vigilância em saúde, podendo, no termo, ser enfatizado um desses processos, canal democrático que permite disseminar informações e receber manifestações de usuários, propiciando análises, encaminhamentos, acompanhamentos e respostas às suas manifestações. Fonte: Anexo XIV da PRC GM/MS nº 1.

Ouvidoria-Geral do SUS

1. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), criada em 2003, tem como objetivo propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde. Atualmente, as Ouvidorias do SUS surgem como um canal direto de comunicação dos usuários do sistema e da comunidade, para subsidiar a política de saúde do país, contribuindo com o controle social. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.
2. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), e por meio da mediação e da busca de equilíbrio entre os entes envolvidos (cidadão, órgãos e serviços do SUS), tem o papel de efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda e o retorno ao usuário, com o objetivo de propiciar uma resolução adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.

Ozonioterapia

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é uma prática integrativa e complementar de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida, que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica, já utilizada em vários países como Itália, Alemanha, Espanha, Portugal, Rússia, Cuba, China, entre outros, há décadas. Há algum tempo, o potencial terapêutico do ozônio ganhou muita atenção através da sua forte capacidade de induzir o estresse oxidativo controlado e moderado quando administrado em doses terapêuticas precisas. A molécula de ozônio é molécula biológica, presente na natureza e produzida pelo organismo sendo que o ozônio medicinal (sempre uma mistura de ozônio e oxigênio), nos seus diversos mecanismos de ação, representa um estímulo que contribui para a melhora de diversas doenças, uma vez que pode ajudar a recuperar de forma natural a capacidade funcional do organismo humano e animal. Alguns setores de saúde adotam regularmente esta prática em seus protocolos de atendimento, como a odontologia, a neurologia e a oncologia, dentre outras. Fonte: Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Letra P

PAAS ver Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

PAB ver Piso da Atenção Básica

PAB Fixo ver Piso da Atenção Básica Fixo

PAB Variável ver Piso da Atenção Básica Variável

PAC ver Plano Anual de Contratações

Pacto de Gestão

1. Compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Pacto pela Saúde

1. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, o debate em torno da busca por maior integração adquiriu nova ênfase a partir do Pacto pela Saúde, que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de Rede como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, se efetivando em três dimensões: I – Pacto Pela Vida: compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira; II – Pacto em Defesa do SUS: compromisso com a consolidação os fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS; III – Pacto de Gestão: compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Ver também: Pacto Pela Vida e Pacto de Gestão.

Pacto Pela Vida

1. Compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Padrão Ampliado

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, engloba ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Padrão de Potabilidade

1. No âmbito do Controle e da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e seu Padrão de Potabilidade, o conjunto de valores permitidos como parâmetro da qualidade da água para consumo humano, conforme definido neste Anexo [XX da PRC MS/GM nº 5]. Fonte: *inciso III do caput do art. 5º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 5.*

Padrão Essencial

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, engloba ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Padrão Organoléptico

1. No âmbito do Controle e da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e seu Padrão de Potabilidade, o conjunto de parâmetros caracterizados por provocar estímulos sensoriais que afetam a aceitação para consumo humano, mas que não necessariamente implicam risco à saúde. Fonte: *inciso IV do caput do art. 5º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 5.*

Padrões "Web" em Governo Eletrônico (e-PWG)

1. Recomendações de boas práticas agrupadas em formato de cartilhas com o objetivo de aprimorar a comunicação e o fornecimento de informações e serviços prestados por meios eletrônicos pelos órgãos e entidades públicas federais. Fonte: *inciso X do caput do art. 445 da PRC GM/MS nº 1.*

Padrões de Interoperabilidade e de Informação em Saúde [entre os sistemas de informação do SUS]

1. São o conjunto mínimo de premissas, políticas e especificações técnicas que disciplinam o intercâmbio de informações entre os sistemas de saúde municipais, distrital, estaduais e federal, estabelecendo condições de interação com os entes federativos e a sociedade. Fonte: parágrafo único do art. 230 da PRC GM/MS nº 1.
2. A definição dos padrões de informação em saúde e de interoperabilidade de informática em saúde tem como objetivos: I – definir a representação de conceitos a partir da utilização de ontologias, terminologias e classificações em saúde comuns, e modelos padronizados de representação da informação em saúde, criar e padronizar formatos e esquemas de codificação de dados, de forma a tornar célere o acesso a informações relevantes, fidedignas e oportunas sobre o usuário dos serviços de saúde; II – promover a utilização de uma arquitetura da informação em saúde que contemple a representação de conceitos, conforme mencionado no inciso I, para permitir o compartilhamento de informações em saúde e a cooperação de todos os profissionais, estabelecimentos de saúde e demais envolvidos na atenção à saúde prestada ao usuário do SUS, em meio seguro e com respeito ao direito de privacidade; III – contribuir para melhorar a qualidade e eficiência do SUS e da saúde da população em geral; IV – fundamentar a definição de uma arquitetura de informação nacional, independente de plataforma tecnológica de software ou hardware, para orientar o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde; V – permitir interoperabilidade funcional, sintética e semântica entre os diversos sistemas de informações em saúde, existentes e futuros; VI – estruturar as informações referentes a identificação do usuário do SUS, o profissional e o estabelecimento de saúde responsáveis pela realização do atendimento; VII – estruturar as informações referentes aos atendimentos prestados aos usuários do SUS visando à implementação de um Registro Eletrônico de Saúde (RES) nacional e longitudinal; e VIII – definir o conjunto de mensagens e serviços a serem utilizados na comunicação entre os sistemas de informação em saúde. Fonte: art. 231 da PRC GM/MS nº 1.

Painel de Indicadores

1. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), é a publicação editada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

(SGEP/MS) em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que tem como objetivo estimular a participação social e apoiar a formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde, rumo à consolidação do SUS. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.

Painel de Soros

1. No âmbito do Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia, conjunto de amostras de soros estáveis e bem caracterizadas quanto à sua negatividade ou positividade para sífilis, doença de Chagas, HBV, HCV, HTLV I e II, e HIV. A caracterização é feita por meio de ensaios de diferentes procedências e características e também pela utilização de métodos complementares/confirmatórios. O resultado dos testes somente será conhecido pelo laboratório produtor (instituição de referência). Fonte: Anexo 12 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.

Ver também: Testes de Proficiência em Laboratórios de Sorologia e Laboratório de Referência e Produtor.

Parâmetro Clínico-Laboratorial relativo ao Benzeno

1. No âmbito das Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores expostos ao Benzeno, durante a condução diagnóstica dos casos suspeitos de leucopenia secundária à toxicidade benzeníca, alguns fatores devem ser considerados: as enfermidades ou as situações clínicas e fisiológicas que cursam com leucopenia, como, por exemplo, colagenoses, viroses, alcoolismo, exposição a medicamentos e a outros agentes mielotóxicos devem ser investigadas. As neutropenias constitucionais e as situações anteriormente descritas devem ser objeto de análise sistemática, sem, contudo, permitir que sua comprovação seja suficiente para afastar a hipótese de associação com a toxicidade benzeníca. Fonte: Anexo LXVIII da PRC GM/MS nº 5.

Parâmetros Válidos de Qualidade

1. No âmbito do Monitoramento Interno de Qualidade (MIQ), são os parâmetros: I – critérios de rejeição da amostra; II – processamento técnico das amostras; III – tabulação de dados aferidos durante o monitoramento; IV – monitoramento do volume total de trabalho do Laboratório, quantificando o número de lâminas avaliadas por profissional; e V – controle de qualidade através da revisão, por outro profissional habilitado, de todos os exames positivos e insatisfatórios antes

da liberação do laudo. Fonte: *parágrafo 1º do art. 140 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)

1. No âmbito das Diretrizes e os Critérios para a Definição da Lista de Produtos Estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), envolve a cooperação mediante acordo entre instituições públicas e entre instituições públicas e entidades privadas para desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia, produção, capacitação produtiva e tecnológica do País em produtos estratégicos para atendimento às demandas do SUS. Fonte: *inciso I do caput do art. 2º do Anexo XCV da PRC GM/MS nº 5.*
2. No âmbito das Diretrizes e os Critérios para a Definição da Lista de Produtos Estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), são objetivos: I – ampliar o acesso da população a produtos estratégicos e diminuir a vulnerabilidade do SUS; II – reduzir as dependências produtiva e tecnológica para atender as necessidades de saúde da população brasileira a curto, médio e longo prazos, seguindo os princípios constitucionais do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde; III – racionalizar o poder de compra do Estado, mediante a centralização seletiva dos gastos na área da saúde, com vistas à sustentabilidade do SUS e à ampliação da produção no País de produtos estratégicos; IV – proteger os interesses da Administração Pública e da sociedade ao buscar a economicidade e a vantajosidade, considerando-se preços, qualidade, tecnologia e benefícios sociais; V – fomentar o desenvolvimento tecnológico e o intercâmbio de conhecimentos para a inovação no âmbito das instituições públicas e das entidades privadas, contribuindo para o desenvolvimento do CEIS e para torná-las competitivas e capacitadas; VI – promover o desenvolvimento e a fabricação em território nacional de produtos estratégicos para o SUS; VII – buscar a sustentabilidade tecnológica e econômica do SUS a curto, médio e longo prazos, com promoção de condições estruturais para aumentar a capacidade produtiva e de inovação do País, contribuir para redução do déficit comercial do CEIS e garantir o acesso à saúde; e VIII – estimular o desenvolvimento da rede de produção pública no País e do seu papel estratégico para o SUS. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XCV da PRC GM/MS nº 5.*

Parecer Conclusivo do Gestor

1. Manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao cadastramento. No caso de Processo formalizado por Secretaria Municipal de município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do novo Serviço à rede de referência estadual e a definição da relação do Serviço cadastrado com a rede de coleta. Fonte: *Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 5.*

PAREPS ver Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde

Participação e Controle Social

1. No âmbito dos Elementos Informativos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, para fins de estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, o fortalecimento e a ampliação da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, na formulação, no planejamento, na gestão e no desenvolvimento das políticas e das ações em saúde do trabalhador, devem considerar as configurações do mundo do trabalho, as mudanças nos processos produtivos e na estrutura sindical, e o crescimento das relações informais e precárias de trabalho. A participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social em saúde do trabalhador deve ser concebida como parte do controle social do SUS e deve estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.*

Participação Social

1. No âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, a participação social é um dos seus princípios, e se opera quando as intervenções consideram a visão de diferentes atores, grupos e coletivos na identificação de problemas e solução de necessidades, atuando como correspondentes no processo de planejamento, de execução e de avaliação das ações. Fonte: *inciso II do caput do art. 4º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

ParticipanetSUS

1. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), sistema composto pelo cadastro, perfil e indicadores de avaliação dos conse-

lhos de saúde, que visa identificar as principais questões relacionadas ao funcionamento dos conselhos de saúde em todos os municípios brasileiros. Fonte: Anexo I do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.

ParticipaSUS ver Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Parto ver Gestação, Parto e Nascimento

Parto de Baixo Risco

1. No âmbito das Diretrizes para Implantação e Habilitação de Centro de Parto Normal (CPN) da Rede Cegonha, parturiente com gestação atual considerada de baixo risco e história reprodutiva sem fatores de risco materno e fetal, com avaliação obstétrica no momento da admissão que evidencie um trabalho de parto eutóxico. Fonte: inciso IV do caput do art. 12 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Parto Normal

1. Trabalho de parto de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana e sem uso de anestesia geral, raquiана ou peridural durante o trabalho de parto e parto. Fonte: inciso V do caput do art. 12 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

PAS ver Programação Anual de Saúde [no Planejamento da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)]

Passagem de Fronteira Terrestre

1. No âmbito do Controle e da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e seu Padrão de Potabilidade, local para entrada ou saída internacional de viajantes, bagagens, cargas, contêineres, veículos rodoviários e encomendas postais. Fonte: inciso XIX do caput do art. 5º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 5.

PB ver Polo-Base

PB-I ver Sede de Polo Base Tipo I

PB-II ver Sede de Polo Base Tipo II

PC ver Plasma Comum, Não Fresco, Normal ou Simples

PCEP ver Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos

PDP ver Parceria para o Desenvolvimento Produtivo

PD-RP ver Preço de Dispensação - Rede Própria [Programa Farmácia Popular do Brasil]

PEC ver Processo Eletrônico de Compras do Ministério da Saúde (Sin-Processo)

Perfil de Acesso

1. Possibilidade de permissão para visualização ou operacionalização do PEC. Fonte: inciso X do caput do art. 486 da PRC GM/MS nº 1.

Perfil Epidemiológico

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, estado de saúde de uma determinada comunidade. Fonte: Anexo I do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Perfil Epidemiológico Brasileiro

1. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, considera-se o atual perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por uma tripla carga de doença que envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição características de países subdesenvolvidos, importante componente de problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis, e o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, trazendo a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas. Fonte: Anexo I da PRC GM/MS nº 3.

Perfil Nosológico

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, conjunto de doenças prevalentes e ou incidentes em uma determinada comunidade. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Perfil Operacional

1. No âmbito do Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), é o conjunto de privilégios ou permissões necessários para execução de atividades no sistema, conforme detalhado no manual operacional do SISCAN disponível no endereço eletrônico <http://siscan.saude.gov.br/informativo/visualizarInformativo.jsf>. Fonte: *parágrafo único do art. 353 da PRC GM/MS nº 1.*

Perturbação Psiquiátrica

1. Doenças ou transtornos mentais e emotivo. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Pesquisa Clínica

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), sinônimo de ensaio clínico, ou seja, envolve pessoas que se oferecem para participar de investigações conduzidas cuidadosamente com o objetivo de descobrir melhores formas de tratar, prevenir, diagnosticar e compreender doenças humanas, e que inclui ensaios que testam novos tratamentos e terapias, bem como estudos de história natural de longo prazo, que fornecem informações valiosas sobre a progressão da doença. Fonte: *inciso XIII do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Pesquisa de Interesse Público em Saúde

1. No âmbito do PROADI-SUS, são projetos para realização de pesquisas relacionadas à promoção e à recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos; monitoramento; avaliação; mensuração de resultados de políticas/programas de saúde com recorte étnico-racial e de gênero. Fonte: *inciso III do parágrafo 1º do art. 2º do Anexo XCIII da PRC GM/MS nº 5.*
2. No âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI-

SUS, projeto para realização de pesquisas relacionadas à promoção e à recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos; monitoramento; avaliação; mensuração de resultados de políticas/programas de saúde com recorte étnico-racial e de gênero. Fonte: *inciso III do caput do art. 17 do Anexo XCIII da PRC GM/MS nº 5.*

Pesquisa Epidemiológica

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), estudos epidemiológicos observacionais, como coorte, caso-controle e estudos transversais. Fonte: *inciso XIV do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Pesquisa Experimental

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), a pesquisa básica, pesquisas pré-clínicas, inclusive projetos que englobem pesquisa e desenvolvimento de produtos inovadores. Fonte: *inciso XV do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Pesquisa Socioantropológica

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), a pesquisa que tem por objetivo principal conhecer o modo de vida de uma determinada comunidade, a fim de determinar quais problemas ou dificuldades enfrentam e o impacto desses problemas para a saúde e qualidade de vida. Fonte: *inciso XVI do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Pessoa com Deficiência

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Pessoa com Deficiência Motora

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, pessoa que ressente-se de uma variedade de condições neurosensoriais que a afeta em termos de mobilidade, de coordenação motora geral ou da fala, como decorrência de lesões nervosas, neuromusculares e osteoarticulares ou, ainda, de má-formação congênita ou adquirida. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Pessoa Portadora de Deficiência ver Pessoa com Deficiência

PFC ver Plasma Fresco Congelado

PFC24 ver Plasma Fresco Congelado Dentro de 24 horas

PFPB ver Programa Farmácia Popular do Brasil

PFVisa ver Piso Fixo de Vigilância Sanitária

PIC ver Plasma Isento do Crioprecipitado

Piso da Atenção Básica (PAB)

1. No âmbito do Programa Previne Brasil, a transição para o modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), vigente até 2021 conforme Portaria 2979/19, será definida pelos seguintes grupos: I – municípios que apresentarem manutenção ou acréscimo dos valores a serem transferidos considerando as regras do financiamento de custeio da APS; e II – municípios que apresentarem decréscimo dos valores a serem transferidos considerando as regras do financiamento de custeio da APS. Fonte: *caput do art. 3º da Portaria MS/GM 2979 de 12/11/2019.*

2. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, montante de recursos financeiros, da esfera federal, destinado ao custeio de procedimentos e ações compreendidos na atenção básica. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo)

1. Refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde do Distrito Federal e dos municípios. Fonte: *caput do art. 10 da PRC GM/MS nº 6.*

Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável)

1. Constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como: I – Saúde da Família; II – Agentes Comunitários de Saúde; III – Saúde Bucal; IV – Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; V – Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; VI – Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória; e VII – outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico. Fonte: *caput do art. 11 da PRC GM/MS nº 6.*
2. Cálculo para a definição dos recursos financeiros para incentivo para ações estratégicas deverá considerar: I – as especificidades e prioridades em saúde; II – os aspectos estruturais das equipes; e III – a produção em ações estratégicas em saúde. Fonte: *caput do art. 12-G da alteração do caput do art. 2º da Portaria MS/GM 2979 de 12/11/2019.*

Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVisa)

1. Refere-se aos recursos federais destinados a estados, Distrito Federal e municípios, visando o fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e para a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária. Fonte: *inciso I do caput do art. 443 da PRC GM/MS nº 6 e inciso I do caput do art. 457 da PRC GM/MS nº 6.*

Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS)

1. É constituído pelos seguintes incentivos financeiros específicos, recebidos mediante adesão pelos entes federativos, regulamentados conforme atos específicos do Ministro de Estado da Saúde: I – incentivo para

implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, na forma do Anexo 1; II – incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais; e III – Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde. Fonte: *caput do art. 436 da PRC GM/MS nº 6.*

Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVisa)

1. Refere-se aos recursos federais destinados a estados, Distrito Federal e municípios, na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária. Fonte: *inciso II do caput do art. 443 da PRC GM/MS nº 6 e inciso II do caput do art. 457 da PRC GM/MS nº 6.*
2. É constituído pelo montante de R\$ 7.100.000,00 (sete milhões e cem mil reais) para implementação de estratégias nacionais de interesse da vigilância sanitária, definidas de forma tripartite e publicada em ato específico. Fonte: *caput do art. 464 da PRC GM/MS nº 6.*
3. É constituído por incentivos financeiros específicos para implementação de estratégias que aprimorem as ações e a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Fonte: *caput do art. 447 da PRC GM/MS nº 6.*

Planejamento da Saúde [no Sistema Único de Saúde]

1. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, o planejamento estratégico deverá contemplar ações, metas e indicadores de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer. As necessidades de saúde dos usuários deverão ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo. Fonte: *parágrafo 1º do art. 27 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito das Diretrizes do Processo de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a base para execução do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), terá os seguintes pressupostos: I – planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada; II – respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT); III – monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS; IV – planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas; V – compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão; VI – transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade; e VII – concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada. Fonte: *parágrafo único do art. 94 da PRC GM/MS nº 1.*
3. No âmbito das Diretrizes do Processo de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), os instrumentos para o planejamento do Sistema Único de Saúde, são: o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. Os instrumentos referidos [anteriormente] interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. O Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde. Os prazos para elaboração do PPA, da LDO e da LOA observam o disposto nas Constituições e Leis Orgânicas dos entes federados. Fonte: *art. 95 da PRC GM/MS nº 1.*
4. No âmbito do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada. A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das

Planejamento Regional Integrado [no Planejamento da Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)] (PRI)

necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde. Compete à Comissão Intergestores Bipartite

- CIB de que trata o inciso II do art. 30 [do Decreto Federal Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011], pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional. Fonte: *caput do art. 15 da Decreto FED 7508 de 28/06/2011.*

5. No âmbito dos Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (Parâmetros SUS), os critérios e parâmetros são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde, podendo sofrer adequações no nível das Unidades da Federação e Regiões de Saúde, de acordo com as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros. Os parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde. Fonte: *caput do art. 104 da PRC GM/MS nº 1.*

Planejamento Regional Integrado [no Planejamento da Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)] (PRI)

1. Planejamento elaborado no âmbito da Região de Saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e será pactuado, monitorado e avaliado pela CIR. O processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual e envolverá os três entes federados. O planejamento regional integrado expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. A produção resultante do processo de planejamento regional integrado realizado no âmbito da Região de Saúde expressará: I - a identificação da situação de saúde no terri-

tório e das necessidades de saúde da população da Região de Saúde; II - as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a Região de Saúde, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados; e III - a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde. Fonte: *caput do art. 101 da PRC GM/MS nº 1.*

Plano Anual de Contratações (PAC)

1. No âmbito dos procedimentos para a contratação de Insumos Estratégicos para Saúde (IES), é requisito para que sejam contemplados os recursos necessários para a aquisição dos IES no orçamento do próximo exercício financeiro. Fonte: *caput do art. 474 da PRC GM/MS nº 1.*

Plano-BMT ver Plano Nacional de Implantação de Bancos de Multitecidos para Transplantes

Plano de Ação Anual

1. No âmbito das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, documento elaborado anualmente que contém os compromissos firmados anualmente entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes em regime de internação, internação provisória e semiliberdade. Fonte: *inciso V do caput do art. 2º do Anexo XVII da PRC GM/MS nº 2.*

Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS)

1. Serve de norteador para as atividades das Comissões de Integração Ensino-Serviço na construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço. Fonte: *Anexo LXXXV da PRC GM/MS nº 6.*
2. Elaborado de acordo com o Plano Regional de Saúde e coerente com a Portaria GM/MS nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, deverá conter: caracterização da região de saúde – definição dos municípios constituintes, dos fluxos e equipamentos de atenção à saúde na região; os principais indicadores e metas estratégicas de in-

vestimento e implementação de serviços de saúde; identificação do(s) problema(s) de saúde – identificar os principais problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços daquela região, assim como seus descriptores; caracterização da necessidade de formação em saúde – identificar a necessidade de determinadas categorias profissionais e de desenvolvimento dos profissionais dos serviços a partir do perfil epidemiológico da população e dos processos de organização do cuidado em saúde de uma dada região; atores envolvidos – identificar os atores envolvidos no processo a partir da discussão política, da elaboração até a execução da proposta apresentada; relação entre os problemas e as necessidades de educação permanente em saúde – identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; definir e justificar a prioridade de um problema ou um conjunto de problemas, em relação aos demais, na busca de soluções originais e criativas, guardando as especificidades regionais; descrever ações a curto, médio e longo prazos, para o enfrentamento das necessidades identificadas; formular propostas indicando metodologias de execução e correlacioná-las entre si; produtos e resultados esperados – estabelecer metas e indicadores de processos e resultados para o acompanhamento e avaliação a curto, médio e longo prazos; processo de avaliação do plano – identificar a metodologia da avaliação a ser utilizada, bem como os atores, os recursos e um cronograma para a sua execução; e recursos envolvidos para a execução do plano – analisar a viabilidade do plano a partir dos recursos disponíveis. Considerar os recursos financeiros alocados pelas três esferas de governo e os recursos materiais, de infraestrutura, de tempo, entre outros. Fonte: Anexo LXXXV da PRC GM/MS nº 6.

Plano de Contingência

1. No âmbito das Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais da Política Nacional de Medicamentos, plano que descreve as medidas a serem tomadas, em momento de risco, por um estabelecimento de saúde, incluindo a ativação de processos manuais, para fazer em que os processos vitais voltem a funcionar plenamente, ou num estado minimamente aceitável, o mais rapidamente possível, evitando paralisação prolongada que possa gerar danos aos pacientes ou prejuízos financeiros à instituição. Fonte: Anexo 2 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.
2. No âmbito das Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assis-

tência à Saúde em Eventos de Massa, o plano alinhado ao Plano de Emergência e específico por tipo de evento, como desastres naturais, surtos epidêmicos, acidentes com múltiplas vítimas e acidentes Químicos, Biológicos, Radiológicos e Nucleares (QBRN). Fonte: *inciso IX do caput do art. 4º do Anexo CII da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Evento de Massa (EM).

Plano de Emergência em Saúde

1. No âmbito das Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa, a matriz operacional e institucional de resposta rápida, coordenada e efetiva a qualquer emergência em saúde pública, que tem a função de proteger a saúde da população, reduzir o impacto dos eventos e limitar a progressão de uma crise, reduzir a morbimortalidade e os impactos de emergências em saúde pública. Fonte: *inciso VIII do caput do art. 4º do Anexo CII da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Evento de Massa (EM).

Plano de Expansão da Radioterapia

1. Tem por objetivo articular projetos de ampliação e qualificação de hospitais habilitados em oncologia, em consonância com os vazios assistenciais, as demandas regionais de assistência oncológica e as demandas tecnológicas do SUS. Fonte: *caput do art. 668 da PRC GM/MS nº 5.*

Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Neurológicas

1. Componente fundamental da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, e é composto por atenção pré-natal, ao parto, ao neonato, ao desenvolvimento neuropsicomotor, prevenção do trauma, assistência nutricional infantil, controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, que deve fazer parte integrante dos planos municipais de saúde e dos planos de desenvolvimento regionais dos estados e do Distrito Federal. Fonte: *inciso IV do caput do art. 3º do Anexo XXXII da PRC GM/MS nº 2.*

Plano de Saúde [no Planejamento da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)]

1. No âmbito do Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas

no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de 4 (quatro) anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. Fonte: *caput do art. 96 da PRC GM/MS nº 1.*

Plano de Trabalho em Modelo para Apresentação de Projetos Referentes ao PROADI-SUS

1. O Plano de Trabalho congrega o conjunto mínimo de conceitos e instrumentos de gerenciamento, imprescindíveis para o monitoramento, avaliação e prestação de contas da execução físico-financeira do projeto de apoio ao PROADI-SUS. Fonte: *Anexo 5 do Anexo XCIII da PRC GM/MS nº 5.*

Plano Nacional de Apoio às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (PNA-CNCDO)

1. Tem como objetivo apoiar os estados e o Distrito Federal na aquisição de equipamentos e materiais permanentes e no custeio mensal das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), para permitir o adequado desempenho de suas atividades em conformidade com os parâmetros e as atribuições estabelecidas no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, aprovado pelo Anexo I da Portaria de Consolidação nº 4. Fonte: *caput do art. 378 da PRC GM/MS nº 6.*

Plano Nacional de Assistência à Criança com Cardiopatia Congênita

1. Tem o objetivo de estabelecer diretrizes e integrar ações que favoreçam o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação da criança e do adolescente com cardiopatia congênita, bem como a redução da morbididade desse público. Fonte: *caput do art. 361 da PRC GM/MS nº 5.*

Plano Nacional de Implantação de Bancos de Multitecidos para Transplantes (Plano-BMT)

1. Tem por objetivo criar os mecanismos necessários para a implantação de BMT e para a ampliação da disponibilidade de enxertos humanos para uso assistencial em todo o território nacional; observados os princípios e as diretrizes do SUS, a regionalização, a pactuação, a programação, os parâmetros de cobertura

assistencial e a universalidade do acesso. Fonte: *parágrafo 2º do art. 221 da PRC GM/MS nº 6.*

Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos

1. Faz parte de um conjunto de medidas e estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde com vistas ao fortalecimento e aprimoramento do Sistema Nacional de Transplantes – SNT, a melhoria do processo de doação/transplante, ao aumento do número de notificações de morte encefálica e efetivação de doadores e, consequentemente, do número de captações de órgãos e de transplantes realizados. Este plano apresenta ações estratégicas para a qualificação da gestão, do processo de descentralização e de atenção à saúde e traz em sua concepção o critério de adesão voluntária e compromissos compulsórios mediante essa adesão. Fonte: *Anexo LXIX da PRC GM/MS nº 6.*
2. Tem por objetivo estabelecer os mecanismos necessários para a criação, a estruturação, o funcionamento e o financiamento de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO) nos estados e/ou nos municípios, em conformidade com os parâmetros e as atribuições estabelecidos no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, aprovado pelo Anexo I da Portaria de Consolidação nº 4. Fonte: *parágrafo 1º do art. 369 da PRC GM/MS nº 6.*

Plano Nacional de Implantação de Unidade Básica de Saúde

1. É composto de incentivo financeiro que financia 2 (dois) Portes de UBS; I – UBS Porte I: UBS destinada e apta a abrigar 1 (uma) Equipe de Atenção Básica com número de profissionais compatível a 1 (uma) Equipe de Atenção Básica; e II – UBS Porte II: UBS destinada e apta abrigar, no mínimo, 2 (duas) Equipes de Atenção Básica com número de profissionais compatível com no mínimo a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica. Fonte: *caput do art. 723 da PRC GM/MS nº 6.*
2. É constituído por 2 (dois) Componentes definidos em conformidade com o quantitativo populacional de cada município, com base no Censo Demográfico da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos seguintes termos: I – Componente I: implantação de UBS em municípios com população até 50.000 (cinquenta mil) habitantes; e II – Componente II: implantação de UBS em municípios com população maior que 50.000 (cinquenta mil) habitantes. Fonte: *caput do art. 722 da PRC GM/MS nº 6.*

3. Tem por objetivo criar mecanismos que possibilitem o financiamento da construção de UBS como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações e estimular a implantação de novas equipes. Fonte: *caput do art. 721 da PRC GM/MS nº 6.*

Plano Operativo

1. No âmbito das Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa, o documento voltado à preparação dos serviços e das equipes do SUS que contém o conjunto de atividades a serem desenvolvidas nas fases pré, durante e pós-evento, definidas de acordo com as necessidades de prevenção e mitigação de riscos e com base na avaliação do cenário de risco, alinhado aos planos de emergência e de contingência. Fonte: *inciso VII do caput do art. 4º do Anexo CII da PRC GM/MS nº 5.*
2. No âmbito do Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP), o Plano Operativo Anual deverá explicitar as metas físicas assumidas pelo gestor, relativas ao período de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura do PCEP, devendo ser anualmente revistas e incorporadas ao PCEP, mediante a celebração de Termo Aditivo. Fonte: *caput do art. 64 da PRC GM/MS nº 1.*
3. No âmbito das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, documento que tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, descrevendo-se as atribuições e compromissos entre as esferas estadual e municipal de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes. Fonte: *inciso IV do caput do art. 2º do Anexo XVII da PRC GM/MS nº 2.*
4. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, média e alta comple-

xidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação e internação provisória. Descreve as atribuições e compromissos entre as esferas municipal e estadual de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes. O Plano Operativo integra e é parte complementar dos Planos de Atendimento Socioeducativo e, portanto, deve estar de acordo com as proposições neles inscritas. Fonte: *Anexo 2 do Anexo XVII da PRC GM/MS nº 2.*

Plano Operativo Anual [do PCEP]

1. No contexto do Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP), deve explicitar as metas físicas assumidas pelo gestor, relativas ao período de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura do PCEP, devendo ser anualmente revistas e incorporadas ao PCEP, mediante a celebração de Termo Aditivo. Fonte: *caput do art. 64 da PRC GM/MS nº 1.*

Ver também: Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP).

Plano Terapêutico

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, plano de cuidado de cada paciente, resultado da discussão da equipe multiprofissional, com o objetivo de avaliar ou reavaliar diagnósticos e riscos, redefinindo as linhas de intervenção terapêutica dos profissionais envolvidos no cuidado. Fonte: *inciso XVII do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Plantas Medicinais e Fitoterapia

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, [modalidade] “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças. O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla biodiversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente

esse conhecimento. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.*

Plasma Comum, Não Fresco, Normal ou Simples (PC)

1. No âmbito da Preparação de Componentes Sanguíneos, o plasma cujo congelamento não se deu dentro das especificações técnicas assinaladas nos arts. 95 e 96 do Anexo IV da PRC nº 5, de 2017 , ou, ainda, resultado da transformação de um PFC, de um PFC24 ou de um PIC cujo período de validade expirou. Fonte: *caput do art. 99 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Plasma Fresco Congelado (PFC)

1. No âmbito da Preparação de Componentes Sanguíneos, o plasma separado de uma unidade de sangue total por centrifugação ou por aférese e congelado completamente em até 8 (oito) horas depois da coleta, atingindo temperaturas iguais ou inferiores a -30°C (trinta graus Celsius negativos). Fonte: *caput do art. 95 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Plasma Fresco Congelado Dentro de 24 horas (PFC24)

1. No âmbito da Preparação de Componentes Sanguíneos, o plasma separado de uma unidade de sangue total por centrifugação e congelado completamente entre 8 (oito) e 24 (vinte quatro) horas após a coleta, atingindo temperaturas iguais ou inferiores a -30°C (trinta graus Celsius negativos). Fonte: *caput do art. 96 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Plasma Isento do Crioprecipitado (PIC)

1. No âmbito da Preparação de Componentes Sanguíneos, o plasma do qual foi retirado, em sistema fechado, o crioprecipitado. Fonte: *caput do art. 98 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Agentes Crioprotetores, Plasma Fresco Congelado (PFC), Plasma Fresco Congelado Dentro de 24 horas (PFC24) e Plasma Comum, Não Fresco, Normal ou Simples (PC).

Plenário da CONITEC

1. É o fórum responsável pela discussão e deliberação das matérias submetidas à CONITEC. Fonte: *caput do art. 7º do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 1.*

PMAQ-AB ver Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMAQ-CEO ver Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas

PNAB ver Política Nacional de Atenção Básica

PNA-CNCDO ver Plano Nacional de Apoio às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos

PNAISARI ver Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória

PNAISC ver Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNAN ver Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNASS ver Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PNCD ver Programa Nacional de Controle da Dengue

PNCM ver Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária

PNCQES ver Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia

PNDG ver Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no Sistema Único de Saúde

PNEPS-SUS ver Política Nacional de Educação Popular em Saúde

PNHOSP ver Política Nacional de Atenção Hospitalar

PNIIS ver Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

PNPIC ver Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS)

PNPS ver Política Nacional de Promoção da Saúde

PNQM ver Programa Nacional de Qualidade em Mamografia

PNSF ver Programa Nacional de Suplementação de Ferro

PNSIPCFA ver Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

PNSP ver Programa Nacional de Segurança do Paciente

PNTN ver Programa Nacional de Triagem Neonatal

PNVS ver Política Nacional de Vigilância em Saúde

Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas

1. Tem como diretrizes gerais: I – apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade; II – apoiar a organização de um processo de construção coletiva de consensos e de soluções, que envolva a participação de todos os atores sociais relevantes, em especial o movimento social e as lideranças indígenas, que considere e respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvida, que respeite e convoque os conhecimentos da medicina tradicional das comunidades, e que crie alternativas viáveis e consensuais para a abordagem dos problemas de saúde destas

comunidades; III – considerar como atores sociais imprescindíveis para a construção deste processo, os etnólogos e a comunidade acadêmica, na medida em que vem acompanhando sistematicamente o impacto do contato destas comunidades com as sociedades envolventes, apontando a complexidade dos problemas das comunidades e das intervenções do Estado brasileiro e produzindo conhecimento acerca da heterogeneidade destas comunidades; IV – garantir ações integradas, através da articulação institucional entre as diferentes esferas de governo (União, estado e municípios); V – garantir acessibilidade, sobretudo através da potencialização das ações de construção coletiva de soluções para os problemas de saúde mental no nível da atenção básica, e da potencialização dos CAPS na construção coletiva de ações em seu território, sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades indígenas; VI – considerar como fundamento das propostas de intervenção a estratégia de pesquisa – ação participativa, que permita sistematizar informação epidemiológica, assim como os modelos explicativos e sistemas de ação que os indígenas implementam para a superação de seus problemas; VII – garantir a criação de um sistema de monitoramento e avaliação das ações, que além de inquéritos epidemiológicos específicos, inclua estudos qualitativos de avaliação das estratégias de intervenção, sejam estas intraculturais ou externas à cultura local; e VIII – garantir que o Programa de Formação Permanente de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, já em andamento, absorva, especialmente em regiões com grande concentração de comunidades indígenas, a problemática da saúde mental indígena. Fonte: caput do art. 1º do Anexo 3 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.

Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov) (e-Gov)

1. No âmbito da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), tem como diretrizes: I – implementação da PNIIS conforme as diretrizes da Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov); II – promoção da articulação intersetorial visando melhorar a capacidade de produção de "software" como bem público, no interesse da área da saúde; III – promoção da articulação entre os Ministérios da Saúde, da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações com vistas à implantação da infraestrutura necessária à área de informação e informática em saúde; IV – fomento ao desenvolvimento de metodologias e ferramentas científicas e tecnológicas para a gestão, qualificação e uso da informação em saúde; e V – qualificação dos pro-

cessos de trabalho em saúde, considerando as atividades de gestão do sistema de saúde e de gestão do cuidado. Fonte: *caput do art. 5º do Anexo XLII da PRC GM/MS nº 2.*

Ver também: Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).

Política de Promoção da Saúde com a Promoção da Eqüidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade e Iniquidade

1. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), envolve as ações de: a) Combate às iniquidades em saúde que atingem diferentes grupos sociais, como as populações negra, do campo e da floresta, GLBTT – gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis e, em situação de rua, cigana, entre outras; b) Promoção de espaços de discussão e de fomento ao combate às iniquidades em saúde nos níveis loco-regionais; c) Sensibilização e capacitação de diferentes atores para promoção da equidade em saúde, para o controle social e para a educação em saúde; d) Ampliação do acesso às populações negra, do campo e da floresta, GLTB em situação de rua, cigana, entre outras, aos serviços e ações de saúde em articulação com os gestores; e e) Promoção de educação em saúde e controle social. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

1. Aprovada no ano de 1999, integra os esforços do Estado Brasileiro que por meio de um conjunto de políticas públicas propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação. Além de se constituir como uma referência política e normativa para a realização dos direitos à alimentação e à saúde, representa uma estratégia que articula dois sistemas: o Sistema Único de Saúde, seu lócus institucional, e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), espaço de articulação e coordenação intersetorial. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica

1. A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, de que trata o art. 1º deverá ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: I – atenção básica, que consiste em realizar ações de

caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos, bem como ações clínicas para o atendimento pré-natal, o tratamento da desnutrição infantil e das doenças infecciosas, do controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus que possam ser realizadas neste nível, e terão lugar na rede de serviços básicos de saúde - Centro de Saúde /Unidades Básicas de Saúde e Postos de Saúde e em especial pelas Equipes de Saúde da Família; II – média complexidade, que consiste em realizar ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contra referência do portador da doença neurológica, hipertensão arterial e diabetes mellitus, bem como garantir a assistência ao parto, e devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde; III – alta complexidade, que consiste em garantir o acesso aos procedimentos neurológicos, neurointervencionistas e neurocirúrgicos e assegurar a qualidade do processo, visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e cuja assistência se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e de Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia; IV – Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Neurológicas, composto por atenção pré-natal, ao parto, ao neonato, ao desenvolvimento neuropsicomotor, prevenção do trauma, assistência nutricional infantil, controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regionais dos Estados e do Distrito Federal; V – regulamentação suplementar por parte dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de doenças neurológicas; VI – a regulação, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doenças neurológicas serão de competência das três esferas de governo; VII – sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação, e promover a disseminação da informação; VIII – diretrizes de condutas, em todos os níveis de atenção, que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação; IX – capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçadas

çada nos pólos de educação permanente em saúde; e X – acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos alocados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XXXII da PRC GM/MS nº 2.*

2. Organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: I – desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; II – organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; III – identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam às doenças neurológicas e ao desenvolvimento de ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; IV – definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços públicos e privados que realizam tratamento clínico, intervencionista e/ou cirúrgico, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença neurológica; V – ampliar e qualificar a cobertura do atendimento aos portadores de doenças neurológicas no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; VI – ampliar e qualificar a cobertura dos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas dos acidentes vasculares cerebrais no Brasil; VII – fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem o estudo do custo-efetividade, da eficácia e da qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo de diagnóstico e do tratamento clínico, intervencionista e/ou cirúrgico no Brasil; VIII – contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença neurológica; IX – promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garan-

tindo a democratização das informações; e X – qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XXXII da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal

1. É organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: I – desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; II – organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; III – identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença renal e ao desenvolvimento de ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; IV – definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença renal; V – ampliar cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante); VI – ampliar cobertura aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil; VII – fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da Terapia Renal Substitutiva no Brasil; VIII – contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença renal e dos indivíduos transplantados; IX

- promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e X – qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XXXIII da PRC GM/MS nº 2.*
2. A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, de que trata o art. 1º, deverá ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: I – atenção básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos danos, bem como as ações clínicas para o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e das doenças do rim que possam ser realizadas neste nível. Tais ações terão lugar na rede de serviços básicos de saúde (Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família). De acordo com a necessidade local, o gestor poderá instituir uma equipe de referência da atenção básica com a função de tutoria e, ou referência assistencial à rede de serviços básicos de saúde, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; II – média complexidade: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada garantida a partir do processo de referência e contra referência do portador de hipertensão arterial, de diabetes mellitus e de doenças renais. Essas ações devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. Para desempenhar as ações neste nível de atenção, o gestor poderá instituir um Centro de Referência especializado em hipertensão e diabetes, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; III – alta complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal. A assistência na alta complexidade se dará por meio dos Serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; IV – plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Renais, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regionais dos Estados e do Distrito Federal; V – regulamentação su-

plementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de doença renal; VI – a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença renal serão de competência das três esferas de governo; VII – sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação e promover a disseminação da informação; VIII – protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, fiscalização, controle e avaliação; IX – capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde; e X – acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos alocados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XXXIII da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

1. O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. Para o alcance desse propósito são estabelecidas as seguintes diretrizes, que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas: Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam; Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; Promoção do uso adequado e racional de medicamentos; O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de

acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura; Promoção de ações específicas em situações especiais; Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena; Controle social. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.

2. O modelo de gestão de saúde indígena segue as seguintes diretrizes: I – a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, integrante da Política Nacional de Saúde, deve ser compatibilizada com as determinações da Lei Orgânica da Saúde e com a Constituição Federal, que reconhecem as especificidades étnicas e culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos indígenas; II – o objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde; III – a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena adotará modelo de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos povos indígenas o exercício da cidadania; IV – o Subsistema de Saúde Indígena fica organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno-culturais, sob responsabilidade do gestor federal; V – os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade; VI – a estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos Pólos-Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade; VII – o processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas deve contar com a participação dos próprios índios, representados por suas lideranças e organizações nos Conselhos de

Saúde locais e distritais; VIII – na execução das ações de saúde dos povos indígenas deverão ser estabelecidos indicadores de desempenho e sistemas de informações que permitam o controle e a avaliação das referidas ações; e IX – a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo 2 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

1. Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde. Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos municípios, conforme descritos a seguir:
- I) Princípios: I) Universalidade: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações exclutivas, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades. II) Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condi-

ção socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. III) Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade. 2) Diretrizes: I – Regionalização e Hierarquização: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos. II – Territorialização e Adstricção: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas. III - População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado IV- Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma

singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado. V – Resolutividade: reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário. VI.- Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado. VII.- Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. VIII.- Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas. IX.- Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território.

Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

2. Tem como objetivo a revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Fonte: *caput do art. 1º do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Ver também: Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS).

Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade

1. Instituída por meio da organização e implantação de redes estaduais e/ou regionais de atenção em alta complexidade cardiovascular, que serão compostas por serviços de assistência de alta complexidade cardiovascular, situados em unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular e centros de referência em alta complexidade sanguínea, no território nacional. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo XXXI da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Atenção em Oftalmologia

1. A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, de que trata o art. 1º, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: I – Atenção Básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos e recuperação, bem como ações clínicas para o controle das doenças que levam a alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftalmológicas, que possam ser realizadas neste nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde; II – Atenção Especializada em Oftalmologia: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada e promover o acesso do paciente portador de doenças oftalmológicas a procedimentos de média e alta complexidade, em serviços especializados de qualidade, visando alcançar impacto positivo na morbidade e na qualidade de vida dos usuários do SUS, por intermédio da garantia da equidade; III – a organização das Redes de Atenção em Oftalmologia deverá respeitar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à

saúde, cujas ações referentes a esse nível de atenção serão realizadas em Hospitais Gerais ou Especializados, Hospitais de Ensino, Ambulatórios Especializados em Assistência Oftalmológica, cuja normatização será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; IV – Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Oftalmológicas, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regional dos Estados e do Distrito Federal; V – regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao paciente com doença oftalmológica; VI – a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença oftalmológica serão de competência das três esferas de governo; VII – sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, controle e avaliação e promover a disseminação da informação; VIII – protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação; IX – capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos polos de educação permanente em saúde; X – acesso à assistência farmacêutica disponibilizado pelo SUS; e XI – acesso a recursos ópticos, não ópticos e outras ajudas técnicas disponibilizados pelo SUS. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XXXV da PRC GM/MS nº 2.*

2. A ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal e as Secretarias Municipais de Saúde, por intermédio de redes estaduais e regionais, permitindo: I – desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; II – organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; III – identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença oftalmológica e desenvolver ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; IV – definir critérios técnicos mínimos

para o funcionamento e avaliação das Unidades de Atenção Especializada, públicas ou privadas que prestam atenção em oftalmologia, bem como os mecanismos de sua monitorização com vistas à diminuição dos riscos aos quais fica exposto o paciente com doença oftalmológica; V – ampliar a cobertura no atendimento aos pacientes com doenças oftalmológicas no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia; VI – contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doenças oftalmológicas; VII – promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e VIII – qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XXXV da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)

1. São diretrizes da PNHOSP: I – garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar; II – regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais; III – continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS; IV – modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar; V – acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS; VI – atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização; VII – gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS; VIII – garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente; IX – garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais; X – financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão; XI – garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais,

respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena; XII – transparência e eficiência na aplicação de recursos; XIII – participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e XIV – monitoramento e avaliação. Fonte: *caput do art. 6º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

2. São eixos estruturantes da PNHOSP: I – Assistência Hospitalar; II – Gestão Hospitalar; III – Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho; IV – Financiamento; V – Contratualização; e VI – Responsabilidades das Esferas de Gestão. Fonte: *caput do art. 7º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*
3. Estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Fonte: *caput do art. 1º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

1. A PNAISC se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças, a seguir relacionados: I – atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção; II – aleitamento materno e alimentação complementar saudável: estratégia ancorada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis; III – promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em espe-

cial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da "Caderneta de Saúde da Criança", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares; IV – atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível; V – atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território; VI – atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrassetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva; e VII – vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno: consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis. Fonte: *caput do art. 6º do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*

2. Tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. Se organiza a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, esta como coordenadora do cuidado no território. A PNAISC é orientada pelos

seguintes princípios: I – direito à vida e à saúde; II – prioridade absoluta da criança; III – acesso universal à saúde; IV – integralidade do cuidado; V – equidade em saúde; VI – ambiente facilitador à vida; VII – humanização da atenção; e VIII – gestão participativa e controle social. Possui as seguintes diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças: I – gestão interfederativa das ações de saúde da criança; II – organização das ações e serviços na rede de atenção; III – promoção da saúde; IV – fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; V – qualificação da força de trabalho do SUS; VI – planejamento e desenvolvimento de ações; VII – incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; VIII – monitoramento e avaliação; e IX – intersetorialidade. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI)

1. No âmbito das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, tem como objetivo geral garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade. São objetivos específicos da PNAISARI: I – ampliar ações e serviços de saúde para adolescentes em conflito com a lei, em especial para os privados de liberdade; II – estimular ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado dos adolescentes em conflito com a lei; III – incentivar a articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares elaborados pelas equipes de saúde aos Planos Individuais de Aterendimento (PIA), previstos no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), de modo a atender as complexas necessidades desta população; IV – promover o acesso aos cuidados em saúde a essa população, sem quaisquer tipos de constrangimentos no acesso ao tratamento; V – garantir ações da atenção psicosocial para adolescentes em conflito com a lei; VI – priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas; e VII – promover a reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas

- decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Fonte: *caput do art. 6º do Anexo XVII da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, a organização das ações de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será realizada de acordo com os seguintes princípios: I – respeito aos direitos humanos e à integridade física e mental dos adolescentes; II – enfrentamento ao estigma e preconceito; III – respeito à condição peculiar dos adolescentes como pessoas em desenvolvimento; IV – garantia do acesso universal e integralidade na Rede de Atenção à Saúde, observando-se o princípio da incompletude institucional; V – reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde nos municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território; VI – atenção humanizada e de qualidade a esta população; VII – permeabilidade das instituições socioeducativas à comunidade e ao controle social; VIII – organização da atenção à saúde, com definição das ações e serviços de saúde a partir das necessidades da população adolescente em conflito com a lei. Fonte: *caput do art. 5º do Anexo XVII da PRC GM/MS nº 2.*
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**
1. Possui as seguintes diretrizes, a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população masculina: I – integralidade, que abrange: a) assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrarreferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção; b) compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença. II – organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado; III – implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica; IV – priorização da atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família; V – reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; e VI – integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XII da PRC GM/MS nº 2.*
2. Visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de que trata o art. 1º, será regida pelos seguintes princípios: I – universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; II – humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais; III – corresponsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, implicando articulação com as diversas áreas do governo e com a sociedade; e IV – orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem. Fonte: *parágrafo único do art. 1º do Anexo XII da PRC GM/MS nº 2.*
3. Tem como objetivos: I – promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família; II – captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes; III – organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem; IV – fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde; V – capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem; VI – implantar e implementar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos homens, incluindo as ações de planejamento e assistência às disfunções sexuais e reprodutivas, com enfoque na infertilidade; VII – ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino; VIII – estimular a participação e a inclusão do homem nas

ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca à paternidade; IX – garantir a oferta da contraceção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica; X – promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV; XI – garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária; XII – promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros; XIII – estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas; XIV – ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina; XV – incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas.

Fonte: *caput do art. 4º do Anexo XII da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani

1. São eixos-estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani: I – fortalecimento da atenção à saúde integral do Povo Cigano/Romani em todas as fases do curso de vida, considerando as necessidades de adolescentes, jovens e adultos em conflito com a lei; II – fortalecimento da rede de atenção à saúde integral da mulher e da criança de etnia Cigana, qualificando a atenção obstétrica e infantil por intermédio de um conjunto amplo de medidas voltadas a garantir o acolhimento, a ampliação do acesso e a qualidade do pré-natal, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, e as boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, além da prevenção e do tratamento oncológico; III – fortalecimento e garantia da saúde sexual e reprodutiva do homem e da mulher de etnia Cigana, considerando suas especificidades culturais e as questões de gênero e geracional; IV – desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnicas nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades regionais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas, IST/HIV/Aids, tuberculose, hanseníase, câncer de colo uterino, câncer de

mama, glaucoma, hipertensão e transtorno mental; V – fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, da primeira infância, crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes da discriminação étnica e a exclusão social, bem como transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas; VI – garantia da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal para o Povo Cigano/Romani, com mais investimentos financeiros e de pessoal nos estados e municípios e propiciar a ampliação e implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO; e VII – elaboração de informações sobre indicadores e determinantes sociais da saúde do Povo Cigano/Romani, como forma de introduzir e acompanhar os dados sobre este grupo étnico no SUS.

Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XXI-A da PRC GM/MS nº 2.*

2. Tem como objetivo geral promover a saúde integral do Povo Cigano/Romani, respeitando suas práticas, saberes e medicinas tradicionais, priorizando a redução e o combate à ciganofobia ou romafobia. São objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani: I – ampliar o acesso do Povo Cigano/Romani aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; II – garantir e ampliar o acesso do Povo Cigano/Romani às ações e serviços de saúde do SUS, considerando os territórios que habitam e/ou usam, como áreas urbanas, regiões periféricas dos grandes centros, acampamentos, barracas, ranchos, entre outros; III – identificar, combater e prevenir situações de violência contra o Povo Cigano/Romani como abuso, exploração e assédio nas ações e serviços de saúde do SUS; IV – contribuir com o enfrentamento das discriminações de gênero, étnica, território, com destaque para as interseções com a saúde do Povo Cigano/Romani, nos processos de educação permanente para gestores, trabalhadores da saúde, atores sociais e conselheiros de saúde; V – incentivar o protagonismo do Povo Cigano/Romani no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais da saúde; VI – qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados, considerando o Povo Cigano/Romani uma etnia; VII – estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, construídas de forma participativa com

atores da sociedade civil; VIII – monitorar e avaliar indicadores e metas para a saúde do Povo Cigano/Romani, visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, municipais e estaduais; IX – fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito Nacional e Internacional; e X – garantir, ainda na maternidade e demais localidades, o registro do recém-nascido, observada a legislação aplicável. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XXI-A da PRC GM/MS nº 2.*

3. São diretrizes gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani: I – ampliação e qualificação do acesso aos serviços do SUS, com ênfase nos princípios da integralidade, universalidade, equidade e humanização, respeitando as diversidades ambientais, sociais e sanitárias em conformidade com o modo de vida do Povo Cigano/Romani, promovendo o acesso às ações e serviços de saúde de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS; II – inclusão dos temas Racismo e Saúde do Povo Cigano/Romani nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde; III – fortalecimento das instâncias de controle social do SUS e a fomentação da participação do Povo Cigano/Romani nos Conselhos de Saúde; IV – criação e implementação de Comitês Técnicos de Saúde Integral do Povo Cigano/Romani no Ministério da Saúde, nos estados, municípios e no Distrito Federal; V – incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde do Povo Cigano/Romani; VI – promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aquelas preservadas pelas comunidades tradicionais; VII – fortalecimento do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes do combate ao racismo e à redução das desigualdades étnicas no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e VIII – implementação de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estígmas e preconceitos, fortaleçam a identidade positiva do Povo Cigano/Romani, respeitando suas diversidades étnico-culturais e favoreçam o protagonismo e autonomia do Povo Cigano/Romani no SUS. Fonte: *caput do art. 5º do Anexo XXI-A da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias

1. Tem como diretrizes: I – a promoção da garantia do seguimento das pessoas diagnosticadas com hemoglo-

binopatias pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), recebendo os pacientes e integrandos na rede de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir, prioritariamente, da Hemorrede Pública, e provendo assistência às pessoas com diagnóstico tardio de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, com a criação de um cadastro nacional de doentes falciformes e outras hemoglobinopatias; II – a promoção da garantia da integralidade da atenção, por intermédio do atendimento realizado por equipe multidisciplinar, estabelecendo interfaces entre as diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde, visando à articulação das demais ações que extrapolam a competência da Hemorrede; III – a instituição de uma política de capacitação de todos os atores envolvidos que promova a educação permanente; IV – a promoção do acesso à informação e ao aconselhamento genético aos familiares e às pessoas com a doença ou o traço falciforme; V – a promoção da integração da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias com o Programa Nacional de Triagem Neonatal, visando a implementação da fase II deste último e a atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias; VI – a promoção da garantia de acesso aos medicamentos essenciais, conforme protocolo, imunobiológicos Especiais e insumos, como Filtro de Leucócitos e Bombas de Infusão; e VII – a estimulação da pesquisa, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo XXXVI da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras

1. Constituída a partir dos seguintes princípios: I – atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; II – reconhecimento da doença rara e da necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da RAS no âmbito do SUS; III – promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com doenças raras, com enfrentamento de estígmas e preconceitos; IV – garantia de acesso e de qualidade dos serviços, oferecendo cuidado integral e atenção multiprofissional; V – articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; VI – incorporação e uso de tecnologias voltadas para a promoção, prevenção e cuidado integral na RAS, incluindo tratamento medicamentoso e fórmulas nutricionais quando indicados no âmbito do SUS, que devem ser resultados das recomendações formuladas

por órgãos governamentais a partir do processo de avaliação e aprovação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT); e VII – promoção da acessibilidade das pessoas com doenças raras a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Tem por diretrizes: I – educação permanente de profissionais de saúde, por meio de atividades que visem à aquisição e ao aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes para a atenção à pessoa com doença rara; II – promoção de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; III – organização das ações e serviços de acordo com a RAS para o cuidado da pessoa com doença rara; IV – oferta de cuidado com ações que visem à habilitação/reabilitação das pessoas com doenças raras, além de medidas assistivas para os casos que as exijam; V – diversificação das estratégias de cuidado às pessoas com doenças raras; e VI – desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania. Fonte: *caput do art. 6º do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

2. A organização do cuidado das pessoas com doenças raras será estruturada nos seguintes eixos: I – Eixo I: composto pelas doenças raras de origem genética e organizado nos seguintes grupos: a) anomalias congênitas ou de manifestação tardia; b) deficiência intelectual; c) erros inatos de metabolismo; e II – Eixo II: composto por doenças raras de origem não genética e organizado nos seguintes grupos: a) infecções; b) inflamatórias; c) autoimunes; d) outras doenças raras de origem não genética. Fonte: *caput do art. 12 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*
3. Tem abrangência transversal às redes temáticas prioritárias do SUS, em especial à Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicosocial e Rede Cegonha. Tem como objetivo reduzir a mortalidade, contribuir para a redução da morbimortalidade e das manifestações secundárias e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno redução de incapacidade e cuidados paliativos. São objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras: I – garantir a universalidade, a integralidade e a equidade das ações e serviços de saúde em relação às pessoas com doenças raras, com consequente redução da morbidade e mortalida-

de; II – estabelecer as diretrizes de cuidado às pessoas com doenças raras em todos os níveis de atenção do SUS; III – proporcionar a atenção integral à saúde das pessoas com doença rara na Rede de Atenção à Saúde (RAS); IV – ampliar o acesso universal e regulado das pessoas com doenças raras na RAS; V – garantir às pessoas com doenças raras, em tempo oportuno, acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos disponíveis conforme suas necessidades; e VI – qualificar a atenção às pessoas com doenças raras. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica

1. A Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica será constituída dos seguintes níveis: I – Atenção Básica; II – Atenção Especializada em genética clínica. Na atenção básica serão identificadas e acompanhadas as famílias e indivíduos com problemas relacionados a anomalias congênitas e doenças geneticamente determinadas; Na atenção especializada em genética clínica será realizado o acompanhamento especializado multidisciplinar e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção dos casos encaminhados pela atenção básica; I – A atenção especializada será composta por: a) Unidades de Atenção Especializada; b) Centros de Referência em Genética Clínica. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XXXVII da PRC GM/MS nº 2.*
2. Será implantada de forma articulada nas três esferas de gestão do SUS. Tem como objetivos: I – organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar; II – possibilitar a identificação dos determinantes e condicionantes dos principais problemas de saúde relacionados a anomalias congênitas e doenças geneticamente determinadas, de forma a fornecer subsídios para a elaboração de ações e políticas públicas no setor, sem prejuízo da participação social; III – definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas em genética clínica; IV – incentivar a realização de pesquisas e projetos estratégicos destinados ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade e incorporação de tecnologias na área de genética clínica; e V – qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral

em Genética Clínica, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização (PNH). Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XXXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida

1. A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, de que trata o art. 1º será constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: I – Atenção Básica: é a porta de entrada para a identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto; II – Média Complexidade: os serviços de referência de Média Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Atenção Básica, realizando acompanhamento psicossocial e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção, e aos quais é facultativa e desejável, a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização in vitro; e III – Alta Complexidade: os serviços de referência de Alta Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Média Complexidade, estando capacitados para realizar todos os procedimentos de Média Complexidade, bem como a fertilização in vitro e a inseminação artificial. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XXX da PRC GM/MS nº 2.*
2. Será implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permite: I – organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar; II – identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; III – definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o

controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças; IV – fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil; V – promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e VI – qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização (PNH). Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XXX da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

1. Como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. Fonte: *parágrafo único do art. 2º do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)

1. Tem como objetivos específicos: I – promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras; II – fortalecer a gestão participativa nos espaços do SUS; III – reconhecer e valorizar as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde; IV – fortalecer os movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde; V – incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde; VI – apoiar a sistematização, a produção de conhecimentos e o compartilhamento das experiências origi-

nárias do saber, da cultura e das tradições populares que atuam na dimensão do cuidado, da formação e da participação popular em saúde; VII – contribuir com a implementação de estratégias e ações de comunicação e de informação em saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares; VIII – contribuir para o desenvolvimento de ações intersetoriais nas políticas públicas referenciadas na Educação Popular em Saúde; IX – apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas; X – contribuir com a educação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e atores dos movimentos sociais populares, incorporando aos seus processos os princípios e as práticas da educação popular em saúde; e XI – assegurar a participação popular no planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias para a implementação da PNEPS-SUS. Fonte: art. 6º do Anexo V da PRC GM/MS nº 2.

2. São eixos estratégicos da PNEPS-SUS: I – participação, controle social e gestão participativa: O eixo estratégico da participação, controle social e gestão participativa tem por objeto fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas; II – formação, comunicação e produção de conhecimento: O eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento compreende a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS; III – cuidado em saúde: O eixo estratégico do cuidado em saúde tem por objeto fortalecer as práticas populares de cuidado, o que implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de sociabilizar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como de aprimorar sua articulação com o SUS; e IV – intersetorialidade e diálogos multiculturais: O eixo estratégico da intersetorialidade e diálogos multiculturais tem por objeto promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações

integrais e integralizadoras. Fonte: *caput do art. 4º do Anexo V da PRC GM/MS nº 2.*

3. A PNEPS-SUS é orientada pelos seguintes princípios: I – diálogo: Diálogo é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização; II – amorosidade: Amorosidade é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas; III – problematização: A problematização implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade; IV – construção compartilhada do conhecimento: A construção compartilhada do conhecimento consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.; V – emancipação: A emancipação é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.; e VI – compromisso com a construção do projeto democrático e popular: O compromisso com a construção do projeto democrático e popular é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo V da PRC GM/MS nº 2.*
4. A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a

inserção destes no SUS. Tem como objetivo geral implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo V da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde

1. Tem como objetivo geral maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade, visando: I – orientar os processos de incorporação de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde; II – nortear a institucionalização dos processos de avaliação e de incorporação de tecnologias baseados na análise das consequências e dos custos para o sistema de saúde e para a população; III – promover o uso do conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde; IV – sensibilizar os profissionais de saúde e a sociedade em geral para a importância das consequências econômicas e sociais do uso inapropriado de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde; e V – fortalecer o uso de critérios e processos de priorização da incorporação de tecnologias, considerando aspectos de efetividade, necessidade, segurança, eficiência e equidade. As ações estabelecidas na Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde serão orientadas pelos seguintes princípios: I – a gestão de tecnologias deve utilizar as evidências científicas e considerar os atributos de segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em questão; II – a produção e a difusão de informações relativas à avaliação de tecnologias deverão levar em conta o tipo da análise, o público-alvo, a linguagem adequada, o tempo disponível e a transparência, além de explicitar os eventuais conflitos de interesse; III – os processos de avaliação promovidos e as decisões de incorporação tomadas pelos gestores de saúde devem ocorrer de modo crítico, permanente e independente; IV – o processo de incorporação de tecnologias no sistema deve envolver diferentes atores da sociedade, adotar o Princípio da Precaução e considerar a universalidade do acesso, a equidade, e a sustentabilidade das tecnologias; V – o conhecimento sobre as tecnologias efetivas e seguras na atenção à saúde deverá ser disseminado de forma transparente e contínua aos profissionais de saúde e à população; VI – a ética em pesquisa envolvendo seres humanos será considerada para

comprovação de boas práticas no processo de avaliação de tecnologias. Os aspectos bioéticos envolvidos na garantia da equidade e da aplicação de recursos públicos serão analisados para incorporação tecnológica no sistema de saúde; e VII – os processos de incorporação de tecnologias no sistema de saúde deverão incluir atores representativos da sociedade. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XLI da PRC GM/MS nº 2.*

2. Possui as seguintes diretrizes: I – utilização de evidências científicas para subsidiar a gestão por meio da avaliação de tecnologias em saúde; II – aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias; III – racionalização da utilização de tecnologias; IV – apoio ao fortalecimento do ensino e pesquisa em gestão de tecnologias em saúde; V – sistematização e disseminação de informações; VI – fortalecimento das estruturas governamentais; e VII – articulação político-institucional e intersetorial. Fonte: *caput do art. 5º do Anexo XLI da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS)

1. Além do estabelecido pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS tem por base os seguintes princípios e diretrizes: I – Reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde de responsabilidade do Estado, como universalidade, eqüidade, integralidade e participação social. II – Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular. III – Promoção da inclusão social de populações específicas, visando à eqüidade no exercício do direito à saúde. IV – Afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes. V – Integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo. VI – Ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde. VII – Articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS. VIII – Articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde

com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde. IX – Fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.

Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)

1. Tem como finalidade definir os princípios e as diretrizes a serem observados pelas entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e pelas entidades vinculadas ao Ministério da Saúde, para a melhoria da governança no uso da informação e informática e dos recursos de informática, visando à promoção do uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação nos processos de trabalho em saúde. A PNIIS é constituída a partir dos seguintes princípios e diretrizes: I – princípios gerais; II – diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov); III – diretrizes relacionadas à estratégia de e-Saúde para o Brasil; IV – diretrizes relacionadas à Gestão da Política Nacional de Informação e Informática em saúde; e V – diretrizes relacionadas à formação permanente de pessoal para o SUS na área de informação e informática em saúde. Fonte: caput do art. 2º do Anexo XLII da PRC GM/MS nº 2.

2. Constituem princípios gerais da PNIIS: I – informação em saúde direcionada à ação de atenção à saúde de cada indivíduo e da coletividade; II – produção da informação em saúde abarcando a totalidade das ações de controle e participação social, coletiva e individual, das ações da atenção à saúde e das ações de gestão; III – gestão da informação em saúde integrada e capaz de gerar conhecimento; IV – democratização da informação em saúde como um dever das entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do SUS e entidades vinculadas ao Ministério da Saúde; V – informação em saúde como elemento estruturante para a universalidade, a integralidade e a equidade social na atenção à saúde; VI – acesso gratuito à informação em saúde como direito de todo indivíduo; VII – descentralização dos processos de produção e disseminação da informação em saúde para atender às necessidades de compartilhamento de dados nacional e internacional e às especificidades regionais e locais; VIII – preservação da autenticidade e da integridade da informação em saúde; e IX – confidencialidade, sigilo e privacidade da informação de saúde pessoal como direito de todo indivíduo. Fonte: caput do art. 4º do Anexo XLII da PRC GM/MS nº 2.

Política Nacional de Medicamentos

1. Como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. A Lei nº 8.080/90, em seu artigo 60, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS - a "formulação da política de medicamentos (...) de interesse para a saúde (...)"! O seu propósito precípua é de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. A Política de Medicamentos aqui expressa tem como base os princípios e diretrizes do SUS e exigirá, para a sua implementação, a definição ou redefinição de planos, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal. Esta Política concretiza metas do Plano de Governo, integra os esforços voltados à consolidação do SUS, contribui para o desenvolvimento social do País e orienta a execução das ações e metas prioritárias fixadas pelo Ministério da Saúde. Contempla diretrizes e define prioridades relacionadas à legislação - incluindo a regulamentação -, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico. Para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, atuando em estreita parceria, deverão concentrar esforços no sentido de que o conjunto das ações direcionadas para o alcance deste propósito sejam balizadas pelas diretrizes a seguir explicitadas: I – Adoção de relação de medicamentos essenciais [RENAME]; II – Regulamentação sanitária de medicamentos; III – Reorientação da assistência farmacêutica; IV – Promoção do uso racional de medicamentos; V – Desenvolvimento científico e tecnológico; VI – Promoção da produção de medicamentos; VII – Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; VIII – Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.
2. No âmbito dos produtos ou processos farmacêuticos considerados de interesse para as políticas de medicamento ou de assistência farmacêutica para exame de prévia anuência da ANVISA da Política Nacional de Medicamentos, são considerados de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, para fins do exame de prévia anuência, realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

cia Sanitária (ANVISA), de acordo com o art. 229-C da Lei nº 9.279, de 1996, os produtos ou processos farmacêuticos que compreendam, ou resultem em substância constante da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 11 de dezembro de 2013 e suas atualizações, conforme os grupos definidos abaixo: I – antivirais e antirretrovirais; II – doenças negligenciadas; III – doenças degenerativas (Alzheimer / Parkinson); IV – imunossupressores; V – doenças mentais (antipsicóticos / anticonvulsivantes); VI – produtos obtidos por rotas biológicas; VII – vacinas e soros; VIII – hemoderivados; e IX – produtos oncológicos. Fonte: *caput do art. 12 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS) (PNPIC)

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS): I – Tem por objetivos: a) incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; b) Contribuir para o aumento da resoluabilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; c) promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; d) estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde. II – Tem como diretrizes: a) estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, mediante: 1) incentivo à inserção das Práticas Integrativas e Complementares em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica; 2) desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção; 3) implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes; 4) estabelecimento de mecanismos de financiamento; 5) elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS; e 6) articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as demais políticas do Ministério da Saúde. b) desen-

volvimento de estratégias de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente; c) divulgação e informação dos conhecimentos básicos das Práticas Integrativas e Complementares para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional: 1) apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em Práticas Integrativas e Complementares que atuem na estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde; 2) elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação das Práticas Integrativas e Complementares, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral. - Inclusão das Práticas Integrativas e Complementares na agenda de atividades da comunicação social do SUS; 3) apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre Práticas Integrativas e Complementares em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação; 4) identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em Práticas Integrativas e Complementares; c) estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações; d) fortalecimento da participação social; e) provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos, na regulamentação sanitária; f) elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos. - Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS; g) cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; h) cumprimento das boas práticas de manipulação, de acordo com a legislação vigente; i) garantia do acesso aos demais insumos estratégicos das Práticas Integrativas e Complementares, com qualidade e segurança das ações; j) incentivo à pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados; l) desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das Práticas Integrativas

e Complementares, para instrumentalização de processos de gestão; m) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências em Práticas Integrativas e Complementares nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde. - Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, à formação, à educação permanente e à pesquisa com unidades federativas e países onde as Práticas Integrativas e Complementares esteja integrada ao serviço público de saúde. n) garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.*

2. Esta Política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares. Fonte: *parágrafo único do art. 1º do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.*

Ver também: Práticas Integrativas e Complementares.

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

1. A PNPS adota como princípios: I – a equidade, quando baseia as práticas e as ações de promoção de saúde, na distribuição igualitária de oportunidades, considerando as especificidades dos indivíduos e dos grupos; II – a participação social, quando as intervenções consideram a visão de diferentes atores, grupos e coletivos na identificação de problemas e solução de necessidades, atuando como corresponsáveis no processo de planejamento, de execução e de avaliação das ações; III – a autonomia, que se refere à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias; IV – o empoderamento, que se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais; V – a intersetorialidade, que se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns; VI – a intrassetorialidade, que diz respeito ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e reso-

lutivas; VII – a sustentabilidade, que diz respeito à necessidade de permanência e continuidade de ações e intervenções, levando em conta as dimensões política, econômica, social, cultural e ambiental; VIII – a integralidade, quando as intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais; e IX – a territorialidade, que diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime. Fonte: *caput do art. 4º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

2. São diretrizes da PNPS: I – o estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde; II – o fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, com base no reconhecimento de contextos locais e respeito às diversidades, para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social; III – incentivo à gestão democrática, participativa e transparente, para fortalecer a participação, o controle social e a corresponsabilidade de sujeitos, coletividades, instituições e esferas governamentais e sociedade civil; IV – ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental; V – estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiam a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde; VI – apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável; VII – incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais; e VIII – organização dos processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na RAS, de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos

- determinantes sociais. Fonte: *caput do art. 5º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*
3. São valores fundantes no processo de efetivação da PNPS: I – a solidariedade, entendida como as razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades, construindo visão e metas comuns, apoiando a resolução das diferenças, contribuindo para melhorar a vida das pessoas e para formar redes e parcerias; II – a felicidade, enquanto autopercepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator partícipe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades; III – a ética, a qual pressupõe condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, sendo pautadas para o bem comum, com dignidade e solidariedade; IV – o respeito às diversidades, que reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, dentre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde; V – a humanização, enquanto elemento para a evolução do homem, por meio da interação com o outro e seu meio, com a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam condições melhores e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde; VI – a corresponsabilidade, enquanto responsabilidades partilhadas entre pessoas ou coletivo, onde duas ou mais pessoas compartilham obrigações e/ou compromissos; VII – a justiça social, enquanto necessidade de alcançar repartição equitativa dos bens sociais, respeitados os direitos humanos, de modo que as classes sociais mais desfavorecidas contem com oportunidades de desenvolvimento; e VIII – a inclusão social, que pressupõe ações que garantam o acesso aos benefícios da vida em sociedade para todas as pessoas, de forma equânime e participativa, visando à redução das iniquidades. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

4. Traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. A PNPS tem por objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

5. São Eixos Operacionais da PNPS, entendidos como estratégias para concretizar ações de promoção da saúde, respeitando-se valores, princípios, diretrizes e objetivos: I – territorialização, enquanto estratégia operacional: a) reconhece a regionalização como diretriz do SUS e como eixo estruturante para orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e para organizar a RAS; b) considera a abrangência das regiões de saúde e sua articulação com os equipamentos sociais nos territórios; c) observa as pactuações inter-federativas, a definição de parâmetros de escala e acesso e a execução de ações que identifiquem singularidades territoriais para o desenvolvimento de políticas, programas e intervenções, ampliando as ações de promoção à saúde e contribuindo para fortalecer identidades regionais. II – articulação e cooperação intra e intersetorial, entendidas como compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor; III – RAS, enquanto estratégia operacional necessita: a) transversalizar a promoção na RAS, favorecendo práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, na integralidade do cuidado, articulando com todos os equipamentos de produção da saúde do território; b) articular com as demais redes de proteção social, vinculando o tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores, que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde. IV – participação e controle social, que compreende a ampliação da representação e da inclusão de sujeitos na elaboração de políticas públicas e nas decisões relevantes que afetam a vida dos indivíduos, da comunidade e dos seus contextos; V – gestão, entendida como a necessidade de priorizar os processos democráticos e participativos de regulação e controle, planejamento, monitoramento, avaliação, financiamento e comunicação; VI – educação e formação, enquanto incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos; VII – vigilância, monitoramento e avaliação, enquanto uso

de múltiplas abordagens na geração e análise de informações sobre as condições de saúde de sujeitos e grupos populacionais, visando subsidiar decisões, intervenções e implantar políticas públicas de promoção da saúde; VIII – produção e disseminação de conhecimentos e saberes, enquanto estímulo a uma atitude reflexiva e resolutiva sobre problemas, necessidades e potencialidades dos coletivos em cogestão, compartilhando e divulgando os resultados de maneira ampla com a coletividade; e IX – comunicação social e mídia, enquanto uso das diversas expressões comunicacionais, formais e populares, para favorecer a escuta e a vocalização dos distintos grupos envolvidos, contemplando informações sobre o planejamento, execução, resultados, impactos, eficiência, eficácia, efetividade e benefícios das ações. Fonte: *caput do art. 9º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

6. São temas prioritários da PNPS, evidenciados pelas ações de promoção da saúde realizadas e compatíveis com o Plano Nacional de Saúde, pactos interfederativos e planejamento estratégico do Ministério da Saúde, bem como acordos internacionais firmados pelo governo brasileiro, em permanente diálogo com as demais políticas, com os outros setores e com as especificidades sanitárias: I – formação e educação permanente, que compreende mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde e incluí-la nos espaços de educação permanente; II – alimentação adequada e saudável, que compreende promover ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável; III – práticas corporais e atividades físicas, que compreende promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, dentre outras práticas; IV – enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais; V – enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas, com a responsabilização e autonomia da população, incluindo ações

educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais; VI – promoção da mobilidade segura, que compreende: a) buscar avançar na articulação intersetorial e intrasetorial, envolvendo a vigilância em saúde, a atenção básica e as redes de urgência e emergência do território na produção do cuidado e na redução da morbimortalidade decorrente do trânsito; b) orientar ações integradas e intersetoriais nos territórios, incluindo saúde, educação, trânsito, fiscalização, ambiente e demais setores envolvidos, além da sociedade, visando definir um planejamento integrado, parcerias, atribuições, responsabilidades e especificidades de cada setor para a promoção da mobilidade segura; c) avançar na promoção de ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, fundamentadas em informação qualificada e em planejamento integrado, que garantam o trânsito seguro, a redução de morbimortalidade e a paz no trânsito. VII – promoção da cultura da paz e de direitos humanos, que compreende promover, articular e mobilizar ações que estimulem a convivência, a solidariedade, o respeito à vida e o fortalecimento de vínculos, para o desenvolvimento de tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos, o respeito às diversidades e diferenças de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais, de classe social e relacionada às pessoas com deficiências e necessidades especiais, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, articulando a RAS com as demais redes de proteção social, produzindo informação qualificada e capaz de gerar intervenções individuais e coletivas, contribuindo para a redução das violências e para a cultura de paz; e VIII – promoção do desenvolvimento sustentável, que compreende promover, mobilizar e articular ações governamentais, não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, nos diferentes cenários, como cidades, campo, floresta, águas, bairros, territórios, comunidades, habitações, escolas, igrejas, empresas e outros, permitindo a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde em articulação com os demais temas prioritários. Fonte: *caput do art. 10 do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

7. São temas transversais da PNPS, entendidos como referências para a formação de agendas de promoção da saúde, para adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e valores do SUS e da PNPS: I – Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade, que significa identificar as diferenças nas condições e nas

oportunidades de vida, buscando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares; II – desenvolvimento sustentável, que se refere a dar visibilidade aos modos de consumo e produção relacionados com o tema priorizado, mapeando possibilidades de intervir naqueles que sejam deletérios à saúde, adequando tecnologias e potencialidades de acordo com especificidades locais, sem comprometer as necessidades futuras; III – produção de saúde e cuidado, que representa a incorporação do tema na lógica de redes que favoreçam práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, que reforcem a ação comunitária, a participação e o controle social e que promovam o reconhecimento e o diálogo entre as diversas formas do saber popular, tradicional e científico, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde, significando, também, a vinculação do tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde; IV – ambientes e territórios saudáveis, que significa relacionar o tema priorizado com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas, de maneira participativa e dialógica; V – vida no trabalho, que compreende a interrelação do tema priorizado com o trabalho formal e não formal e com os setores primário, secundário e terciário da economia, considerando os espaços urbano e rural, e identificando oportunidades de operacionalização na lógica da promoção da saúde para ações e atividades desenvolvidas nos distintos locais, de maneira participativa e dialógica; e VI – cultura da paz e direitos humanos, que consiste em criar oportunidades de convivência, de solidariedade, de respeito à vida e de fortalecimento de vínculos, desenvolvendo tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos diante de situações de tensão social, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, reduzindo as violências e construindo práticas solidárias e da cultura de paz. Fonte: *caput do art. 8º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

1. Instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, adota como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrê-

cias accidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. Acresce a esse grupo de eventos aqueles que, mesmo não chegando aos serviços de saúde, são do conhecimento de outros setores da sociedade (polícias, hospitais não credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS, entre outros). Assim delimitada, esta Política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais. A presente Política enfatiza os fundamentos do processo de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis. Esse fortalecimento inclui a criação de ambientes saudáveis, a reorganização dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de aptidões pessoais. Os princípios básicos que nortearam esta Política Nacional são: I – a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico; II – o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde; e III – a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes. Nesse sentido, esta Política setorial prioriza as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, nesta compreendidas as ações destinadas a impedir as sequelas e as mortes devidas a estes eventos. Para a consecução do propósito desta Política, são estabelecidas as diretrizes: I – promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; II – monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; III – sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; IV – assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; V – estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; VI – capacitação de recursos humanos; e VII – apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Fonte: *Anexo I do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS)

1. A ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo XXVI da PRC GM/MS nº 2.*
2. As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: I – Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; II – Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde: tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e III – Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XXVI da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

1. Dentro do contexto das políticas governamentais e à luz dos direitos universais do indivíduo, tem como

propósito reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Para o alcance do propósito explicitado, são estabelecidas as seguintes diretrizes, as quais orientarão a definição ou a readequação dos planos, programas, projetos e atividades voltados à operacionalização da presente Política Nacional: promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência; assistência integral à saúde da pessoa com deficiência; prevenção de deficiências; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência; e capacitação de recursos humanos. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

2. Tem como objetivo a reabilitação da pessoa com deficiência, a proteção a sua saúde e a prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da sociedade. Fonte: *parágrafo único do art. 1º do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

1. A finalidade primordial é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. Considerando: a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro; b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde; c) o conhecimento atual da Ciência; d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica; e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde; f) o compromisso brasileiro com a Assembleia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice; promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; g) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados

ao atendimento ao idoso. A necessidade de enfrentamento de desafios como: a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental; c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso. Tem por diretrizes: a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Ficam estabelecidos, portanto, os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção. Fonte: Anexo 1 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 2.

Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

1. São objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: I – fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, o que pressupõe: a) identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território; b) identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território; c) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores; d) intervenção nos processos e ambientes de trabalho; e) produção

de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT; f) controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas; g) produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares; e h) participação dos trabalhadores e suas organizações. II – promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, o que pressupõe: a) estabelecimento e adoção de parâmetros protetores da saúde dos trabalhadores nos ambientes e processos de trabalho; b) fortalecimento e articulação das ações de vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos ambientes e processos de trabalho, como no entorno, tendo em vista a qualidade de vida dos trabalhadores e da população circunvizinha; c) representação do setor saúde/saúde do trabalhador nos fóruns e instâncias de formulação de políticas setoriais e intersetoriais e às relativas ao desenvolvimento econômico e social; d) inserção, acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde dos trabalhadores e das populações circunvizinhas nos processos de licenciamento e nos estudos de impacto ambiental; e) inclusão de parâmetros de proteção à saúde dos trabalhadores e de manutenção de ambientes de trabalho saudáveis nos processos de concessão de incentivos ao desenvolvimento, nos mecanismos de fomento e outros incentivos específicos; f) contribuição na identificação e erradicação de situações análogas ao trabalho escravo; g) contribuição na identificação e erradicação de trabalho infantil e na proteção do trabalho do adolescente; h) desenvolvimento de estratégias e ações de comunicação de risco e de educação ambiental e em saúde do trabalhador. III – garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes: a) atenção primária em saúde; b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação; c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar; d) rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico; e) assistência farmacêutica; f) sistemas de informações em saúde; g) sistema de regulação do acesso; h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações; i) sistema de auditoria; j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador. IV – ampliar o entendimento de que de que a saúde do

trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção; V – incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde; VI – assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e VII – assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS.

Fonte: *caput do art. 8º do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.*

2. Tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observará os seguintes princípios e diretrizes: I – universalidade; II – integralidade; III – participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; IV – descentralização; V – hierarquização; VI – equidade; e VII – precaução. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

1. Esta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4º, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5º, *caput*). É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação" (BRASIL, 1988, art. 3º, inc. IV). Tem como diretrizes gerais: I – inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde; II – ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde; III – incentivo à produção do co-

nhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra; IV – promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas; V – implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e VI – desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades. Tem como objetivo geral promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS. Tem como objetivos específicos: I – garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde; II – garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde; III – incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social; IV – identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho; V – aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS; VI – melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia; VII – identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades; VIII – definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde; IX – monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais; X – incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar; XI – monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios anti-racistas e não-discriminatório; e XII – fomentar a realização de estu-

dos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIX da PRC GM/MS nº 2*.

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA)

1. Tem como objetivo promover a saúde das populações do campo, da floresta e das águas por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça, cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2*.
2. A PNSIPCFA tem os seguintes objetivos específicos: I – garantir o acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanização, incluindo as ações de atenção, as especializadas de média e alta complexidade e as de urgência e de emergência, de acordo com as necessidades e demandas apontadas pelo perfil epidemiológico da população atendida; II – contribuir para a redução das vulnerabilidades em saúde das populações do campo e da floresta, desenvolvendo ações integrais voltadas para a saúde do idoso, da mulher, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente, do homem e do trabalhador, considerando a saúde sexual e reprodutiva, bem como a violência sexual e doméstica; III – reduzir os acidentes e agravos relacionados aos processos de trabalho no campo e na floresta, particularmente o adoecimento decorrente do uso de agrotóxicos e mercúrio, o advindo do risco ergonômico do trabalho no campo e na floresta e da exposição contínua aos raios ultravioleta; IV – contribuir para a melhoria da qualidade de vida das populações do campo e da floresta, incluindo articulações intersetoriais para promover a saúde, envolvendo ações de saneamento e meio ambiente, especialmente para a redução de riscos sobre a saúde humana; V – reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde das populações do campo e da floresta, respeitando suas especificidades; VI – promover planejamentos participativos capazes de identificar as demandas de saúde das populações do campo e da floresta e definir metas, estratégias e ações específicas para sua atenção; VII – incluir no processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde as temáticas e os conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades das populações do campo e da floresta, considerando a interculturalidade na atenção aos povos e comunidades tradicionais; VIII – apoiar processos de educação e informação das populações do campo e da floresta sobre o direito à saúde; IX – apoiar a expansão da participação das representações dessas populações nos Conselhos de Saúde estaduais, distrital e municipais e em outros espaços de gestão participativa; X – promover mecanismos de informação e comunicação, de acordo com a diversidade e as especificidades socioculturais; XI – incentivar a pesquisa e a produção de conhecimento sobre os riscos, a qualidade de vida e a saúde das populações do campo e da floresta, respeitando as especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual; e XII – promover o fortalecimento e a ampliação do sistema público de vigilância em saúde, do monitoramento e da avaliação tecnológica sobre os agravos à saúde decorrentes do uso de agrotóxicos e transgênicos. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2*.
3. Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observados os seguintes princípios e diretrizes: I – saúde como direito universal e social; II – inclusão social, com garantia do acesso às ações e serviços do SUS, da promoção da integralidade da saúde e da atenção às especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual das populações do campo, da floresta e das águas; III – transversalidade como estratégia política e a intersetorialidade como prática de gestão norteadoras da execução das ações e serviços de saúde voltados às populações do campo, da floresta e das águas; IV – formação e educação permanente em saúde, considerando as necessidades e demandas das populações do campo, da floresta e das águas, com valorização da educação em saúde, articulada com a educação fundamental e técnica; V – valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e reprodução de saberes das populações tradicionais; VI – promoção de ambientes saudáveis, contribuindo para a defesa da biodiversidade e do respeito ao território na perspectiva da sustentabilidade ambiental; VII – apoio à produção sustentável e solidária, com reconhecimento da agricultura familiar camponesa e do extrativismo, considerando todos os sujeitos do campo, da floresta e das águas; VIII – participação social com estímulo e qualificação da participação e intervenção dos sujeitos do campo, da floresta e das águas, nas instâncias de controle social em saúde; IX – informação e comunicação em saúde considerando a diversidade cultural do campo, da floresta e das águas, para a produção de ferramentas de comunicação; e X – produção de conhecimentos científicos e

tecnológicos como aporte à implementação da PNSIPC-FA. Fonte: *caput do art. 4º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)

1. Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes: I – respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença; II – contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança; III – inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território; IV – eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral; V – implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis; VI – difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS; VII – inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais; VIII – produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT; e IX – fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.*
2. Tem os seguintes objetivos específicos: I – instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras

congêneres; II – ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; III – qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT; IV – qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; V – monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; VI – garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados, na forma do Anexo 1; VII – promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais; VIII – reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais; IX – definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis; X – oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT; XI – oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites vírais; XII – prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cervico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado; XIII – prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento; XIV – garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS; XV – buscar no âmbito da saúde suplementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais; XVI – atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde; XVII – garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; XVIII – fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde; XIX – promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS; XX – reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da

saúde; XXI – incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral; XXII – incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde; XXIII – promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens; e XXIV – realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.*

3. Tem como objetivo geral promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional de Saúde Integral LGBT ver Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)

1. Política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público. A PNVS compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde-doença. A análise de situação de saúde e as ações laboratoriais são atividades transversais e essenciais no processo de trabalho da Vigilância em Saúde. Fonte: *caput do art. 2º da Resolução MS 588 de 12/07/2018.*

Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer

1. Tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas pelo câncer e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer,

bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com o Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

2. Constituída a partir dos seguintes princípios e diretrizes: I – princípios gerais: a) reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; b) organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo; c) formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política; d) articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e) a incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS devem ser resultado das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da Avaliação Econômica (AE); II – princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde: constitui-se princípio relacionado à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a identificação e a intervenção sobre os determinantes e condicionantes dos tipos de câncer e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a saúde e a qualidade de vida.; III – princípios e diretrizes relacionados à prevenção do câncer: constitui-se princípio da prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a eliminação, redução e o controle de fatores de risco físicos, químicos e biológicos e a

intervenção sobre seus determinantes socioeconômicos, além de integrar ações de detecção precoce do câncer; IV – princípios e diretrizes relacionados à vigilância, ao monitoramento e à avaliação: constitui-se princípio da vigilância, do monitoramento e da avaliação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização da vigilância do câncer por meio da informação, identificação, monitoramento e avaliação das ações de controle do câncer e de seus fatores de risco e proteção; V – princípios e diretrizes relacionados ao cuidado integral: constitui-se princípio do cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização das ações e serviços voltados para o cuidado integral da pessoa com câncer na Rede da Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com base em parâmetros e critérios de necessidade e diretrizes baseadas em evidências científicas; VI – princípios e diretrizes relacionados à ciência e à tecnologia: Constitui-se princípio da ciência e da tecnologia no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a utilização da ATS para a tomada de decisão no processo de incorporação, reavaliação ou exclusão de tecnologias em saúde, com a articulação dos diversos setores do Ministério da Saúde; VII – princípios e diretrizes relacionados à educação: Constitui-se princípios da educação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o fomento à formação e à especialização de recursos humanos, assim como a qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos com o controle do câncer nas redes de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção, conforme os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e VIII – princípios e diretrizes relacionados à comunicação em saúde: Constitui-se princípio da comunicação em saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o estímulo à formulação de estratégias de comunicação com a população em parceria com os movimentos sociais, com os profissionais da saúde e outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e sobre as diversas diretrizes de prevenção e controle e a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo. Fonte: *caput do art. 5º do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

3. Constituída a partir dos seguintes princípios e diretrizes: I – princípios gerais; II – princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde; III – princípios e diretrizes relacionados à prevenção do câncer; IV –

princípios e diretrizes relacionados à vigilância, ao monitoramento e à avaliação; V – princípios e diretrizes relacionados ao cuidado integral; VI – princípios e diretrizes relacionados à ciência e à tecnologia; VII – princípios e diretrizes relacionados à educação; e VIII – princípios e diretrizes relacionados à comunicação em saúde. Fonte: *caput do art. 4º do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte

1. Utiliza um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo XXIII da PRC GM/MS nº 2.*

Polo-Base (PB)

1. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, é subdivisão territorial dos DSEI, sendo base para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) organizarem técnica/administrativamente a atenção à saúde de uma população indígena adstrita, configurando-se como primeira referência para os agentes indígenas de saúde e saneamento que atuam nas aldeias, podendo sua sede estar localizada numa aldeia indígena ou em uma área urbana de Município. A Sede de Polo Base Tipo I (PB-I), localizada em aldeia, é a unidade destinada concomitantemente à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento, bem como à execução direta desses serviços em área de abrangência do Polo Base, definida dentro do território do DSEI. A Sede de Polo Base Tipo II (PB-II), localizada em área urbana, é a unidade destinada exclusivamente à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento desenvolvida em área de abrangência do Polo Base, definida dentro do território do DSEI. Fonte: *caput do art. 59 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

2. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, é aquele que propõe-se como articulação e criação de novas ações e investimentos que, contribuam para o avanço do SUS, diversificando a oferta de cursos, estimulando a superação dos limites da formação e das práticas clínicas ou de gestão tradicionais, proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários de práticas de saúde, promovendo a educação permanente das equipes de saúde, fortalecendo o controle da sociedade sobre o sistema de saúde e qualificando a formação e a atenção integral à saúde. Fonte: *Anexo I do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.*

Polo do Programa Academia da Saúde

1. No âmbito das ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), espaço público construído para o desenvolvimento das ações do programa, segundo os eixos descritos no art. 7º [da seção I do capítulo I do título I da PRC MS/GM nº 5] e em conformidade com os objetivos, princípios e diretrizes previstos nesta Seção [I do capítulo I do título I da PRC MS/GM nº 5]. Fonte: *parágrafo único do art. 3º da PRC GM/MS nº 5.*

Ponto de Atenção à Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), entendido como espaço onde se oferta determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Exemplos: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. Fonte: *Anexo I do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades

básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

3. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é ponto de atenção [à saúde] da Rede de Atenção Psicosocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros. Fonte: *caput do art. 8º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*
4. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Básica em saúde os seguintes serviços: I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades; II – Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas: a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para: 1. pessoas em situação de rua em geral; 2. pessoas com transtornos mentais; 3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros. b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de

forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede. III – Centro de Convivência Cultural: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicosocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. Fonte: *caput do art. 6º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

5. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, espaço onde se oferta determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular, como uma unidade ambulatorial especializada, uma unidade de atenção domiciliar, uma unidade de atenção paliativa, etc. Fonte: *inciso XVIII do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Ponto de Atenção de Urgência e Emergência

1. Na esfera da Rede de Atenção Psicosocial, é o responsável, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Fonte: *parágrafo 1º do art. 8º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*
2. No âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, constitui lócus privilegiado para a identificação dos casos de acidentes de trabalho graves e fatais, incluindo as intoxicações exógenas, assim como para o devido encaminhamento das informações aos setores de vigilância em saúde (e vigilância em saúde do trabalhador). Fonte: *Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.*

Ponto de Atenção Especializada

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, é essencial para a garantia da integralidade do cuidado aos trabalhadores portadores de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Assim, diagnóstico, tratamento e reabilitação desses agravos devem ser viabilizados na rede, conforme o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde do trabalhador em cada região. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.*

Ponto de Telessaúde

1. No âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, serviços de saúde a partir dos quais os trabalhadores e profissionais do SUS demandam Teleconsulta-

rias e/ou Telediagnósticos. Fonte: *inciso II do caput do art. 449 da PRC GM/MS nº 5.*

Pontos de Atenção Secundário e Terciário

1. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, somente os serviços de APS não são suficientes para atender às necessidades de cuidados em saúde da população. Portanto, os serviços de APS devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção [secundários e terciários] de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Pool de Concentrados de Plaquetas Obtidos de Sangue Total

1. No âmbito da Preparação de Componentes Sanguíneos, produto que pode ser separado a partir de concentrados de plaquetas randômicos preparados pelo plasma rico em plaquetas ou a partir de pool de camada leucopláquetária (buffy coat). Fonte: *caput do art. 111 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

População

1. No âmbito de responsabilidade de uma rede, é a que ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI). Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

População Adscrita

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, é a população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Populações do Campo, da Floresta e das Águas

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCF), povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores

rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros. Fonte: *inciso XVI do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.*

Portabilidade Tecnológica

1. No âmbito das Diretrizes e os Critérios para a Definição da Lista de Produtos Estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), a capacidade técnica e gerencial de transferência de determinada tecnologia pela entidade privada ou instituição pública que a detém para outra instituição pública. Fonte: *inciso XII do caput do art. 2º do Anexo XCV da PRC GM/MS nº 5.*

Porta de Entrada

1. No âmbito de Operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica, a Porta de Entrada Preferencial é o primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, serviço de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS. São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços: I – de atenção primária; II – de atenção de urgência e emergência; III – de atenção psicosocial; e IV – especiais de acesso aberto. Fonte: *inciso III do caput do art. 2º da Decreto FED 7508 de 28/06/2011.*
3. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, Porta de Entrada Hospitalar de Urgência é o serviço instalado em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas. Fonte: *caput do art. 16 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Portadores de Insuficiência Cardíaca em Classe III NYHA

1. Paciente com marcada limitação da atividade, confortável apenas em repouso ou IV NYHA - incapaz de fazer qualquer atividade física sem desconforto; e quando é iniciada qualquer atividade física agrava o desconforto. Fonte: *inciso I do caput do art. 112 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Portal de Saúde do Cidadão

1. Meio que fornecerá, pela internet, informações ao cidadão sobre seus contatos com o SUS e possuirá: I – área de acesso público para fins de exercício do controle social, com informações em saúde, campanhas e notícias sobre o SUS; e II – área restrita ao usuário, que contenha as informações individuais sobre os seus contatos com o SUS. Fonte: *caput do art. 278 da PRC GM/MS nº 1.*

Portaria de Aprovação de Projeto e Autorização para Captação de Recursos

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), o ato do Ministério da Saúde que torna público a aprovação de projetos e autoriza o início da captação de recursos para o projeto. Fonte: *inciso XVII do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Portaria de Credenciamento

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), o ato do Ministério da Saúde que torna público o credenciamento das instituições, para que participem do Pronon e do Pronas/PCD. Fonte: *inciso XVIII do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Credenciamento [da Participação Complementar], Descredenciamento [da Participação Complementar] e Fase de Credenciamento.

Portas de Entrada Hospitalares de Urgência

1. No âmbito da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, é o serviço instalado em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas. Fonte: *caput do art. 16 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Portas Hospitalares de Urgência e Emergência

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, obstétricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, etc. Fonte: *inciso XX do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Posição Canguru

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), para fins de cumprimento da Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele-a-pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada. Fonte: *Anexo I do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*

Ver também: Método Canguru.

Pós-parto Imediato

1. No âmbito das Diretrizes de Organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco da Rede Cegonha, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico. Fonte: *parágrafo 1º do art. 92 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

Posto de Enfermagem

1. No âmbito de Centro de Parto Normal, é o ambiente destinado a realizar relatórios de enfermagem e registro de parto. Deve apresentar área mínima de 2,5m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência. Fonte: *Anexo 6 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

Posto de Saúde Localizado na Aldeia e no Polo Base:

1. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, primeira referência para os atendimentos às comunidades indígenas, devendo a maioria dos agravos à saúde, cujos tratamentos dependam de medicamentos da atenção básica, serem resolvidas nesse nível. Fonte: *inciso III do caput do art. 19 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

Potencial Doador

1. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, é o indivíduo com morte primariamente encefálica ou cardíaca, diagnosticada e declarada nos termos estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), de quem se poderá retirar órgãos e os tecidos ou partes do corpo humano para transplante. Fonte: *inciso III do caput do art. 50 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Potencial Receptor [Sistema Nacional de Transplantes]

1. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, potencial receptor de: I - valvas cardíacas humanas qualquer paciente com doença valvar para cujo tratamento esteja indicada a sua substituição por uma prótese valvar. Pela disponibilidade de diversos substitutos valvares artificiais, o uso da valva cardíaca humana com finalidade terapêutica é opcional, ficando a critério do cirurgião responsável, de acordo com a indicação estabelecida, com o uso de homoenxertos valvares. II- segmentos de pericárdio humano pacientes que necessitem de correção de cardiopatias congênitas e/ou valvulares, bem como com outras indicações de utilização em cirurgias valvares como adjuntos em procedimentos de plásticas valvares ou em cirurgias não cardíacas abdominais, de neurologia, de oftalmologia e de otorrinolaringologia. III- artérias e/ou veias humanas pacientes em cirurgias de reconstruções vasculares periféricas ou de revascularização do miocárdio, renais crônicos para a construção de fistulas arteriovenosas e com obstrução venosa por tumores. Fonte: *caput do art. 154 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Povo e Comunidade Tradicional

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e de acordo com o Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, que institui a Política Nacional

de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, grupo culturalmente diferenciado e que se reconhece como tal, que possui formas próprias de organização social, que ocupa e usa territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição. Incluem os indígenas, quilombolas, faxinais, fundos de pasto, geraizeiros, pantaneiros, caiçaras, ribeirinhos, seringueiros, castanhneiros, quebradeiras de coco de babaçu, ciganos, comunidades de terreiros, pomeranos, sertanejos, agroextrativistas, vazanteiros, pescadores artesanais. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

2. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCA-FA), grupos culturalmente diferenciados que se reconhecem como tradicionais, possuem formas próprias de organização social e ocupam e utilizam territórios e recursos naturais como condição para sua produção e reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos e inovações práticas gerados e transmitidos pela tradição. Fonte: *inciso XVII do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.*

PPB ver Processo Produtivo Básico

PQA-VS ver Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde

Prática Corporal e Atividade Física

1. No âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, é um dos seus temas prioritários e compreende promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, dentre outras práticas. Fonte: *inciso III do caput do art. 10 do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito das ações e serviços de promoção da saúde, as ações e serviços de promoção da saúde devem ser contínuos e sistemáticos, excetuadas as ações de treinamento desportivo, sendo consideradas, para fins de certificação, ações como: a) ações de condicionamento físico relacionado à saúde; b) ações de orientação para a prática de atividade física; c) ações de mobilização comunitária; d) ações de produção e veiculação de informações; e e) ação de capacitação técnica

para apoio e aconselhamento. Fonte: *inciso II do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*

Prática Participativa

1. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), implica, sempre, na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões, ensejando resultados mais expressivos e duradouros. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.

Práticas Integrativas e Complementares

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), definida como campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), conforme WHO, 2002. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciou-se a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.
2. No âmbito da Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Misticoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), as Medicinas Tradicionais e Complementares são compostas por abordagens de cuidado e recursos terapêuticos que se desenvolveram e possuem um importante papel na saúde global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regula-

mentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde. Neste sentido, atualizou as suas diretrizes a partir do documento "Estratégia da OMS sobre Medicinas Tradicionais para 2014-2023". Fonte: Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Ver também: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS) (PNPIC).

Preceptoria [Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho]

1. Função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão. Fonte: *inciso I do caput do art. 731 da PRC GM/MS nº 5*.

Ver também: Tutoria [Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho] e Orientação de Serviço [Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho].

Preço de Dispensação - Rede Própria [Programa Farmácia Popular do Brasil] (PD-RP)

1. No âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), o valor do medicamento e correlato fixado para as farmácias da rede própria do PFPB. Fonte: *inciso IX do caput do art. 3º do Anexo LXXVII da PRC GM/MS nº 5*.

Preço de Venda - Aqui Tem [Programa Farmácia Popular do Brasil] (PV-AT)

1. No âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), o valor do medicamento e correlato praticado pelas farmácias e drogarias no ato da venda ao paciente, inclusive com eventuais descontos. Fonte: *inciso X do caput do art. 3º do Anexo LXXVII da PRC GM/MS nº 5*.

Prêmio Cecília Donnangelo

1. Para laurear, em âmbito nacional, trabalhos de pesquisa e de gestão na área de recursos humanos em saúde. Será concedido anualmente, com o seguinte objetivo:

I – incentivar a Pesquisa Nacional sobre Recursos Humanos em Saúde, em suas diversas áreas de conhecimento, visando à consolidação de políticas apropriadas de recursos humanos para o SUS; e II – incentivar práticas de excelência de gestão do trabalho e educação na saúde, no âmbito do SUS. Serão promovidas duas modalidades de premiação: I – uma voltada para o universo de pesquisadores nacionais que produza conhecimento original sobre o objeto recursos humanos em saúde no SUS; e II – outra voltada para o universo de gestão do SUS, onde serão destacadas experiências e práticas de gestão do trabalho e da educação na saúde. Fonte: *caput do art. 537 da PRC GM/MS nº 1*.

Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS

1. O Prêmio de Incentivo em Ciência, Tecnologia e Inovação para o SUS contemplará as seguintes categorias: I – tese de doutorado; II – dissertação de mestrado; III – trabalho publicado em revista indexada; IV – experiências exitosas do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS); e V – produtos e inovação em saúde. Fonte: *caput do art. 533 da PRC GM/MS nº 1*.
2. Tem como objetivos: I – promover as pesquisas científico-tecnológicas que atendam às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS); II – reconhecer e premiar os méritos dos pesquisadores responsáveis pela condução de pesquisas básicas e aplicadas com elevado potencial de utilização pelo SUS; e III – divulgar nacional e internacionalmente os resultados dos trabalhos premiados e selecionados. Fonte: *caput do art. 532 da PRC GM/MS nº 1*.

Prêmio de Qualidade Hospitalar [do Sistema Único de Saúde]

1. Consiste na outorga, pelo Ministério da Saúde às instituições selecionadas, do Diploma - Prêmio de Qualidade Hospitalar, aos hospitais que tenham se destacado pela qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS. O Prêmio tem por objetivo tornar público o reconhecimento do Ministério da Saúde àquelas instituições hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde que tenham se destacado pela qualidade da assistência prestada aos pacientes, segundo a avaliação de seus próprios usuários, apurada por meio de Pesquisa de Satisfação dos Usuários, pelo Sistema de Cartas aos Usuários do SUS e pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), pro-

- gramas conduzidos pela Secretaria de Atenção à Saúde. Fonte: *parágrafo 1º do art. 529 da PRC GM/MS nº 1.*
2. No âmbito do Regulamento do Prêmio de Qualidade em Assistência Hospitalar, em suas respectivas categorias Nacional e Estadual, objetiva o reconhecimento público, por parte do Ministério da Saúde, àquelas instituições hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde que tenham se destacado pela qualidade da assistência prestada aos pacientes, segundo a avaliação de seus próprios usuários, apurada por meio de Pesquisa de Satisfação dos Usuários, pelo Sistema de Cartas aos Usuários do SUS e pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares-PNASH, programas conduzidos pela Secretaria de Assistência à Saúde/SAS. Fonte: *Anexo XXXIII da PRC GM/MS nº 1.*
3. O Prêmio de Qualidade Hospitalar terá as seguintes categorias para o Prêmio de Qualidade Hospitalar: Nacional - será concedido às 10 (dez) instituições hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde que, dentre todas as existentes no País, tenham obtido as melhores avaliações de qualidade assistencial por parte de seus usuários, e também o Prêmio Destaque da Qualidade ao hospital que tiver a melhor avaliação no País, e II – Estadual - será concedido às 03 (três) instituições hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde que, dentre todas as existentes em seu respectivo estado, tenham obtido a melhor avaliação de qualidade assistencial por seus usuários. Fonte: *caput do art. 530 da PRC GM/MS nº 1.*

Prêmio e Entrega do Prêmio de Qualidade em Assistência Hospitalar

1. No âmbito do Prêmio de Qualidade Hospitalar, em suas respectivas categorias - Nacional e Estadual -, é entregue uma vez por ano pelo Ministério da Saúde em cerimônia específica de premiação. O Prêmio consiste na outorga, pelo Ministério da Saúde às instituições selecionadas, de Diploma - Prêmio de Qualidade Hospitalar na respectiva categoria - Nacional ou Estadual, referente ao ano de realização das pesquisas de satisfação. Fonte: *Anexo XXXIII da PRC GM/MS nº 1.*

Prêmio Ministro Wilson Fadul

1. Reconhece a contribuição de entidades e pessoas que se destacaram na proteção à saúde e à economia brasileiras. Fonte: *caput do art. 557 da PRC GM/MS nº 1.*

Prêmio Nacional Bibi Vogel

1. Destinado ao reconhecimento de ações inovadoras na proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Fonte: *caput do art. 541 da PRC GM/MS nº 1.*

Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos Lenita Wannmacher

1. Tem como objetivo incentivar a produção técnico-científica voltada à promoção do uso racional de medicamentos com aplicação no Sistema Único de Saúde (SUS). O Prêmio tem por finalidade: I – premiar e reconhecer o mérito do trabalho de profissionais nos serviços de saúde e entidades/instituições com impacto na promoção do uso racional de medicamentos no SUS; II – premiar e reconhecer o mérito científico de pesquisadores e profissionais com trabalhos voltados à promoção do uso racional de medicamentos com aplicabilidade no SUS e serviços de saúde; e III – divulgar os trabalhos premiados e os conferidos com menções honrosas no intuito de incentivar sua incorporação pelo SUS e serviços de saúde. Fonte: *caput do art. 553 da PRC GM/MS nº 1.*

Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira

1. Destinado ao reconhecimento dos estabelecimentos hospitalares de saúde integrantes da rede SUS, com destaque ao atendimento pediátrico. Fonte: *caput do art. 535 da PRC GM/MS nº 1.*

Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS

1. No âmbito dos prêmios da saúde, tem por objetivo incentivar a gestão participativa, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Gestão Participativa – ParticipaSUS (Anexo II), por meio do reconhecimento, da premiação e da divulgação de trabalhos que relatam e analisem experiências bem-sucedidas de gestão participativa em serviços, organizações ou sistemas de saúde, e de trabalhos acadêmicos sobre o tema da gestão participativa no Sistema Único de Saúde. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo XXXVI da PRC GM/MS nº 1.*
2. No âmbito das Marcas da Política Nacional de Gestão Participativa do Regulamento do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS, as diretrizes para Gestão participativa para o Sistema Único de Saúde (SUS) são: I – Promover a ampliação dos direitos da população à saúde, comprometendo a sociedade e

os distintos setores de governo com a produção de saúde e com o SUS. II – Construir um pacto de Gestão Participativa comprometendo as três esferas de governo com a implementação da Política de Gestão Participativa, envolvendo gestores, prestadores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS. III – Ampliar e fortalecer o acesso da população às informações sobre sua saúde, sobre o SUS e os direitos sociais. Trata-se de socializar informações sobre os princípios, diretrizes, mecanismos de financiamento e gestão do SUS, instrumentalizando a população para defender o direito à saúde. IV – Fortalecer e qualificar as instâncias de participação da sociedade civil e do controle social. A criação de mecanismos e estratégias para fortalecimento da representatividade do controle social no SUS é uma prioridade de atuação, tanto em relação aos Conselhos de Saúde quanto em relação às Conferências de Saúde e outras formas de participação social. V – Qualificar as relações e ampliar os canais de comunicação entre os gestores do SUS, os trabalhadores da saúde que compõem a equipe de atenção, e os usuários, fundamentados em valores da humanização e da solidariedade e promover a co-responsabilidade destes com o processo de produção social da saúde, de garantia do acesso integral e da equidade. VI – Promover o desenvolvimento de novos canais e formas de mobilização social e participação popular na saúde e apoiar instâncias organizadas de representação social. VII – Realizar escuta contínua das necessidades e demandas da população, processando essas informações para serem utilizadas como ferramentas para a gestão nas distintas esferas do SUS. A implantação do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS constitui parte dos novos desafios para a gestão participativa. Fonte: *Anexo XXXVII da PRC GM/MS nº 1.*

3. Reconhece, premia e divulga trabalhos que relatam e analisem experiências bem-sucedidas de gestão participativa em serviços, organizações ou sistemas de saúde, e de trabalhos acadêmicos sobre a gestão participativa no Sistema Único de Saúde. Fonte: *caput do art. 543 da PRC GM/MS nº 1.*

Prescrição

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento. Em geral, esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Prescritor

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, profissional de saúde credenciado para definir o medicamento a ser usado (médico ou dentista). Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Preservação dos Tecidos Oculares em Banco de Tecido Ocular

1. No âmbito dos Bancos de Tecido Ocular Humano, a preservação dos tecidos oculares deve ser realizada em cabine de segurança biológica classe II tipo A. Cada córnea deve ser preservada, individualmente, em frasco de solução de preservação cujo volume não pode ser alterado, com registro na ANVISA/MS. Deve haver uma etiqueta irretocável, aderida ao corpo de cada frasco em que estará contida a córnea preservada, com a identificação alfanumérica, emitida pela CNCDO, a data da preservação e a validade da preservação. Este frasco deve ser lacrado. A córnea poderá ser liofilizada ou preservada em glicerina para uso em procedimento cirúrgico lamelar ou tectônico, devendo o método utilizado estar descrito na etiqueta. Cada esclera deve ser preservada, individualmente, inteira ou já dividida, em frasco estéril contendo glicerina ou álcool etílico com concentração igual ou maior que 70% ou ser liofilizada. A esclera somente deverá ser liberada após o oitavo dia de preservação. Deve haver uma etiqueta irretocável, aderida ao corpo de cada frasco em que estará contida a esclera preservada, com a identificação do tecido, a data da preservação e o nome do meio utilizado. Fonte: *Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Prestação de Serviços Médico-Assistenciais

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), qualquer ação ou serviço que tenha como objetivo/objeto a prestação direta de assistência na área da saúde ou de apoio à saúde para a pessoa com câncer e/ou com deficiência. Fonte: *inciso XIX do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Prevalência de Cárie Dental

- No âmbito das Normas e Padrões sobre Fluoretação da Água dos Sistemas Públicos de Abastecimento, a quantidade desta afecção existente numa comunidade ou num indivíduo em dado momento. Fonte: *inciso X do caput do art. 2º do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Fluoretação.

Prevenção ao Câncer

- No âmbito das Ações e Serviços de Promoção da Saúde, as atividades relacionadas à prevenção do câncer, conforme disposto no Anexo IX da Portaria de Consolidação nº 2, são: a) realização de ações que promovam hábitos saudáveis como o aleitamento materno, exclusivo até os 6 (seis) meses de vida, e o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, incluindo-se ações educativas e intervenções ambientais e organizacionais que estimulem estas práticas; b) orientação de atividades físicas; c) orientação e distribuição quanto ao uso de equipamentos para evitar o impacto dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente; d) desenvolvimento de ações para enfrentamento do tabagismo, do consumo de álcool, do sobre peso, da obesidade e do consumo alimentar inadequado, considerados os fatores de risco relacionados ao câncer; e) vigilância e monitoramento da eliminação da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação; f) prevenção da iniciação do tabagismo e do uso do álcool e do consumo de alimentos não saudáveis; g) implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento "screening" e diagnóstico precoce, a partir de recomendações governamentais, com base em ATS e AE; e h) garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer, em conformidade com os protocolos e diretrizes definidos pelo Ministério da Saúde. Fonte: *inciso IV do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*

Prevenção ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e às Hepatites Virais

- No âmbito das Ações e Serviços de Promoção da Saúde, as atividades relacionadas à prevenção do vírus HIV e hepatites virais incluem: a) promoção da saúde e prevenção da transmissão do HIV, das hepatites B e C, da sífilis e de outras DSTs, realizadas nos serviços: 1. oferta à população de exames necessários para diagnóstico sorológico de HIV, sífilis e hepatites B, C e D; 2. aconselhamento pré e pós testagem; 3. aconselha-

mento individual e/ou coletivo no pré-teste; 4. aconselhamento individual no pós-teste; 5. aconselhamento para casais, inclusive casais soropositivos e sorodiscordantes, no campo do planejamento familiar (reprodução assistida); 6. aconselhamento continuado para pessoas que aguardam os resultados de exames (HIV, sífilis, hepatites) e também para PVHA, portadores de hepatites e seus familiares, até que sejam encaminhados e atendidos nos serviços de referência para tratamento e para grupos e segmentos populacionais específicos; 7. disponibilização dos insumos estratégicos de prevenção, como preservativos masculinos de 49e 52 mm; preservativos femininos para mulheres usuárias do serviço, especialmente para aquelas vivendo com HIV/aids, profissionais do sexo, portadoras de DST, usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas; gel lubrificante para profissionais do sexo, travestis e homens que fazem sexo com homens, pessoas vivendo com HIV/aids e mulheres que apresentem demanda específica; 8. kits para redução de danos, cuja composição deve ser feita de acordo com a realidade de uso de drogas do contexto em que o Centro de Testagem e aconselhamento está inserido; atividades educativas; disponibilização de material educativo e informativo; captação de segmentos populacionais mais vulneráveis por meio de mídias de comunicação; orientação sobre uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos, inclusive com disponibilização de kits para redução de danos; e 9. atividades educativas em instituições como, por exemplo, escolas, instituições comunitárias de base, empresas, presídios, etc; b) Unidade de Testagem Móvel: 1.realização da testagem em campo, com aconselhamento e atividades de orientação preventiva; 2. disponibilização de insumos de prevenção; 3. disponibilização de material informativo/educativo; e 4. orientação sobre uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos, inclusive com disponibilização de kits para redução de danos. Fonte: *inciso V do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*

Prevenção da Malária

- No âmbito das Ações e Serviços de Promoção da Saúde, reveste-se de importância epidemiológica, por sua gravidade clínica e elevado potencial de disseminação, em áreas com densidade vetorial que favoreça a sua transmissão, sendo consideradas, para fins de certificação, as seguintes ações: a)realizar ações de educação em saúde e de mobilização da comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores; b)identificar sintomas da malária

e encaminhar o paciente à unidade de saúde; c) promover o acompanhamento dos pacientes em tratamento; d) coletar lâminas de sintomáticos, e enviá-las ao profissional responsável para leitura e, quando não for possível esta coleta de lâmina, encaminhar as pessoas para a Unidade Básica de Saúde; e e) orientar medidas de proteção individual, tais como uso de repelentes, uso de roupas e acessórios apropriados para diminuir o contato vetor homem, uso de mosquiteiros e cortinas impregnados ou não com inseticidas e telagem das portas e janelas das casas. Fonte: *inciso VII do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*

Prevenção da Violência

1. No âmbito das Ações e Serviços de Promoção da Saúde, para fins de certificação, serão consideradas ações e serviços em Promoção da Saúde com o objetivo de prevenir a violência e promover a cultura de paz e os direitos humanos as atividades desenvolvidas com vistas à minimização de fatores de risco e reforço aos fatores de proteção individuais ou coletivos, sendo que as atividades devem envolver todos os segmentos populacionais com ênfase naqueles de maior vulnerabilidade às violências, dentre elas compreendidas: a) as ações de orientação e apoio às pessoas em situação vulnerabilidade para as violências; garantia e promoção de direitos humanos; b) promoção do protagonismo juvenil; c) fortalecimento de vínculos comunitários e sociais; d) iniciativas de geração de renda e inclusão social pelo trabalho para pessoas em situação de vulnerabilidade; e) iniciativas de inclusão social por meio da ação cultural, esportiva e de lazer; f) iniciativas de mediação de conflitos, diálogos sobre respeito à diversidade e à prática dos direitos humanos; e g) fortalecimento da rede nacional de prevenção da violência. Fonte: *inciso XI do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*

Prevenção e Controle da Dengue

1. No âmbito das Ações e Serviços de Promoção da Saúde, para fins de certificação, serão consideradas as ações que impeçam que o mosquito se prolifere, interrompendo seu ciclo de reprodução, ou seja, impedindo que os ovos sejam depositados em locais com água limpa e parada, entre as quais destacam-se: a) atuar junto aos domicílios, informando aos seus moradores sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue no domicílio e peridomicílio, chamando a atenção para os criadouros mais comuns na sua área de atuação; b) orientar e acompanhar o morador na remoção, des-

truição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos, e caso seja necessário, remover mecanicamente os ovos e larvas do mosquito; c) orientar a população sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco quanto à formação de criadouros do "Aedes aegypti"; e d) promoção de educação em saúde até que a comunidade adquira conhecimentos e consciência do problema e passe a mudar o comportamento, mantendo as residências livres do vetor. Fonte: *inciso VI do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*

Prevenção e Controle do Tabagismo

1. No âmbito das ações e serviços de promoção da saúde devem visar à prevenção da iniciação, a cessação e a redução da exposição de não fumantes à fumaça ambiental do tabaco e o controle/monitoramento de todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados, desde os seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor, sendo consideradas, para fins de certificação, ações como: a) realizar ações educativas de sensibilização da população para a promoção de "comunidades livres de tabaco", divulgando ações relacionadas ao tabagismo e seus diferentes aspectos; investindo na promoção de ambientes de trabalho livres de tabaco; b) mobilizar e incentivar as ações contínuas por meio de canais comunitários, como unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho, capazes de manter um fluxo contínuo de informações sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e os riscos da poluição tabágistica ambiental para todos que convivem com ela; e c) oferecer acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar, e assim atender a uma crescente demanda de fumantes que buscam algum tipo de apoio para esse fim por meio de aconselhamento individual e/ou coletivo. Fonte: *inciso III do caput do art. 164 da PRC GM/MS nº 1.*

Prevenção Secundária

1. No âmbito de Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, consiste no tratamento da doença já instalada, visando evitar o aparecimento de deficiências ou incapacidades. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

PRI ver Planejamento Regional Integrado [no Planejamento da Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)]

Primeira Infância

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 6 (seis) meses ou 72 (setenta e dois) meses. Fonte: *inciso II do caput do art. 3º do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*

Princípio Ativo [Programa Farmácia Popular do Brasil]

1. No âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), a substância quimicamente caracterizada, cuja ação farmacológica é conhecida e responsável total ou parcialmente pelos efeitos terapêuticos do medicamento. Fonte: *inciso VI do caput do art. 3º do Anexo LXXVII da PRC GM/MS nº 5.*

Princípio da Ciência e da Tecnologia no Âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer

1. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, constitui-se princípio da ciência e da tecnologia a utilização da ATS para a tomada de decisão no processo de incorporação, reavaliação ou exclusão de tecnologias em saúde, com a articulação dos diversos setores do Ministério da Saúde. Fonte: *caput do art. 15 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

Princípio da Comunicação em Saúde no Âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer

1. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, constitui-se princípio da comunicação em saúde o estímulo à formulação de estratégias de comunicação com a população em parceria com os movimentos sociais, com os profissionais da saúde e outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e sobre as diversas diretrizes de prevenção e controle e a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo. Fonte: *caput do art. 19 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

Princípio da Educação no Âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer

1. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, constitui-se princípio da educação o fomento à formação e à especialização de recursos humanos, assim como a qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos com o controle do câncer nas redes de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção, conforme os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, de que trata o Anexo XL. Fonte: *caput do art. 17 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

Princípio da Hierarquização e Descentralização em Vigilância em Saúde do Trabalhador

1. No âmbito da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, é a consolidação do papel do município e dos distritos sanitários como instância efetiva de desenvolvimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador integrando os níveis estadual e nacional do SUS, no espectro da ação, em função de sua complexidade. Fonte: *Anexo LXXIX da PRC GM/MS nº 5.*

Princípio da Integralidade das Ações em Vigilância em Saúde do Trabalhador

1. No âmbito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, o entendimento de atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo a assistência e recuperação dos agravos, os aspectos preventivos implicando intervenção sobre seus fatores determinantes em nível dos processos de trabalho e a promoção da saúde que implicam ações articuladas com os próprios trabalhadores e suas representações. A ênfase deve ser dirigida ao fato de que as ações individuais/curativas articulam-se com as ações coletivas, no âmbito da vigilância, considerando que os agravos à saúde do trabalhador são absolutamente preveníveis. Fonte: *Anexo LXXIX da PRC GM/MS nº 5.*

Princípio da Interdisciplinaridade em Vigilância em Saúde do Trabalhador

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, é a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber dos trabalhadores, neces-

Princípio da Pesquisa-Intervenção em Vigilância em Saúde do Trabalhador

sários para o desenvolvimento da ação. Fonte: Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.

2. No âmbito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber operário, necessários para o desenvolvimento da ação. Fonte: Anexo LXXIX da PRC GM/MS nº 5.

Princípio da Pesquisa-Intervenção em Vigilância em Saúde do Trabalhador

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, é o entendimento de que a intervenção é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção. Fonte: Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.
2. No âmbito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, o entendimento de que a intervenção é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção. Fonte: Anexo LXIX da PRC GM/MS nº 5.

Princípio da Pluriinstitucionalidade em Vigilância em Saúde do Trabalhador

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, é a articulação, com formação de redes e sistemas no âmbito da vigilância em saúde e com as universidades, os centros de pesquisa e demais instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente. Fonte: Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.
2. No âmbito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, o entendimento de que a intervenção é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção. Fonte: Anexo LXIX da PRC GM/MS nº 5.

Princípio da Precaução

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, considera que, por precaução, medidas devem ser implantadas visando prevenir danos à saúde dos trabalhadores, mesmo na ausência da certeza científica formal da existência de risco grave ou irreversível à saúde. Busca, assim, prevenir

possíveis agravos à saúde dos trabalhadores causados pela utilização de processos produtivos, tecnologias, substâncias químicas, equipamentos e máquinas, entre outros. Requer, na tomada de decisão em relação ao uso de determinadas tecnologias, que o ônus da prova científica passe a ser atribuído aos proponentes das atividades suspeitas de danos à saúde e ao ambiente. Fonte: Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.

Princípio da Prevenção do Câncer na Âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer

1. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, constitui-se princípio da prevenção do câncer a eliminação, redução e o controle de fatores de risco físicos, químicos e biológicos e a intervenção sobre seus determinantes socioeconômicos, além de integrar ações de detecção precoce do câncer. Fonte: caput do art. 8º do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.

Princípio da Universalidade

1. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.

Princípio da Universalidade em Vigilância em Saúde do Trabalhador

1. No âmbito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, todos os trabalhadores, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, autônomo, doméstico, aposentado ou demitido são objeto e sujeitos da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Fonte: Anexo LXXIX da PRC GM/MS nº 5.

Princípio da Vigilância, do Monitoramento e da Avaliação no Âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer

1. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, constitui-se princípio da vigilância, do monitoramento e da avaliação a organização da vigilância do câncer por meio da informação, identificação, monitoramento e avaliação das ações de controle do câncer e de seus fatores de risco e proteção. Fonte: *caput do art. 10 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

Princípio do Controle Social em Vigilância em Saúde do Trabalhador

1. No âmbito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, é a incorporação dos trabalhadores e das suas organizações, principalmente as sindicais, em todas as etapas da vigilância em saúde do trabalhador, compreendendo sua participação na identificação das demandas, no planejamento, no estabelecimento de prioridades e adoção de estratégias, na execução das ações, no seu acompanhamento e avaliação e no controle da aplicação de recursos. Fonte: *Anexo LXXIX da PRC GM/MS nº 5.*

Princípio do Cuidado Integral no Âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer

1. Na condição de princípio da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, o cuidado integral é composto pela prevenção, pela detecção precoce, pelo diagnóstico, pelo tratamento e pelos cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado. Fonte: *caput do art. 13 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*
2. Constitui-se princípio do cuidado integral, no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, a organização das ações e serviços voltados para o cuidado integral da pessoa com câncer na Rede da Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com base em parâmetros e critérios de necessidade e diretrizes baseadas em evidências científicas. Fonte: *caput do art. 12 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

Princípio Relacionado à Promoção da Saúde no Âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer

1. Constitui-se princípio relacionado à promoção da saúde, no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, a identificação e a intervenção sobre os determinantes e condicionantes dos tipos de câncer e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a saúde e a qualidade de vida. Fonte: *caput do art. 6º do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

Princípios Gerais da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

1. São eles: I – informação em saúde direcionada à ação de atenção à saúde de cada indivíduo e da coletividade; II – produção da informação em saúde abarcando a totalidade das ações de controle e participação social, coletiva e individual, das ações da atenção à saúde e das ações de gestão; III – gestão da informação em saúde integrada e capaz de gerar conhecimento; IV – democratização da informação em saúde como um dever das entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do SUS e entidades vinculadas ao Ministério da Saúde; V – informação em saúde como elemento estruturante para a universalidade, a integralidade e a equidade social na atenção à saúde; VI – acesso gratuito à informação em saúde como direito de todo indivíduo; VII – descentralização dos processos de produção e disseminação da informação em saúde para atender às necessidades de compartilhamento de dados nacional e internacional e às especificidades regionais e locais; VIII – preservação da autenticidade e da integridade da informação em saúde; e IX – confidencialidade, sigilo e privacidade da informação de saúde pessoal como direito de todo indivíduo. Fonte: *caput do art. 4º do Anexo XLII da PRC GM/MS nº 2.*

PRM-MFC ver Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

Processo de Substituição

1. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, definido como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das neces-

sidades da população e dos recursos disponíveis. Fonte: Anexo I da PRC GM/MS nº 3.

Processo Eletrônico de Compras (PEC)

1. Constitui-se em meio informatizado de operacionalização eletrônica para aquisição de insumos estratégicos para a saúde (IES) e de bens e serviços administrativos e de tecnologia da informação no Ministério da Saúde, por intermédio de procedimento licitatório ou contratação direta. Fonte: *caput do art. 487 da PRC GM/MS nº 1*.

Processo Eletrônico de Compras do Ministério da Saúde (Sin-Processo) (PEC)

1. Para cumprimento das diretrizes para o funcionamento do Processo Eletrônico de Compras do Ministério da Saúde (Sin-Processo), considera-se: I – arquivo eletrônico: repositório de documentos e/ou de processos eletrônicos ou digitalizados; II – documento eletrônico: documento produzido sob a forma de arquivo eletrônico, inclusive aquele resultante de processo de digitalização; III – processo eletrônico: conjunto de documentos eletrônicos e atos processuais organicamente acumulados no curso de um processo de aquisição de bens e serviços no Ministério da Saúde; IV – usuário interno: servidor público em exercício no Ministério da Saúde que tenha acesso, de forma autorizada, ao Sin-Processo; V – usuário colaborador: prestador de serviço terceirizado ou qualquer outro colaborador do Ministério da Saúde que tenha acesso, de forma autorizada, ao Sin-Processo; VI – usuário externo: qualquer cidadão ou pessoa jurídica que tenha acesso, de forma autorizada, a informações produzidas no âmbito do Sin-Processo e que não seja caracterizada como usuário interno ou colaborador; VII – assinatura eletrônica: registro realizado eletronicamente por usuário identificado de modo inequívoco, mediante "login" e senha, com vistas a firmar determinado documento com sua assinatura; VIII – tarefa: etapa do processo executada individualmente por um usuário interno; IX – área competente: área que detém atribuição regimental afeta ao assunto principal tratado em determinado documento; e X – perfil de acesso: possibilidade de permissão para visualização ou operacionalização do PEC. Fonte: *caput do art. 486 da PRC GM/MS nº 1*.
2. Constitui-se em meio informatizado de operacionalização eletrônica para aquisição de insumos estratégicos para a saúde (IES) e de bens e serviços administrativos e de tecnologia da informação no Ministério da

Saúde, por intermédio de procedimento licitatório ou contratação direta. São diretrizes do Sin-Processo: I – garantia da confiabilidade e integridade das informações relativas a documentos e processos realizados; II – transparência; III – facilidade e agilidade na obtenção de informações gerenciais e de caráter estratégico relativas a documentos e processos de aquisição de IES, bens e serviços administrativos e de tecnologia da informação; IV – celeridade no andamento processual e na movimentação de documentos no Ministério da Saúde; e V – adoção de práticas de gestão alinhadas com os princípios da sustentabilidade e com a redução dos impactos ambientais decorrentes da atividade institucional. Fonte: *caput do art. 487 da PRC GM/MS nº 1*.

Processo Participativo de Gestão

1. No âmbito da gestão participativa da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), integra a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS, nas três esferas de governo, tais como conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, pólos de educação permanente em saúde e setoriais de saúde dos movimentos sociais, entre outros. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.

Processo Produtivo Básico (PPB)

1. No âmbito das Diretrizes e os Critérios para a Definição da Lista de Produtos Estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), o conjunto mínimo de operações no estabelecimento produtor que caracteriza a efetiva industrialização de determinado produto. Fonte: *inciso XIII do caput do art. 2º do Anexo XCV da PRC GM/MS nº 5*.

Processo Reabilitativo

1. No âmbito de Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, é a reabilitação. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)

1. São diretrizes de assistência ao usuário(a) com demanda para realização do Processo Transexualizador no SUS: I – integralidade da atenção a transexuais e tra-

vestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas; II – trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional; e III – integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção. Compreendem-se como usuários ou usuárias com demanda para o Processo Transexualizador os(as) transexuais e travestis. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo I do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.*

PROCIS ver Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde

PROCOT ver Programa de Cooperação Técnica

Produção de Saúde e Cuidado

1. No âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, é um dos seus temas transversais e representa sua incorporação na lógica de redes que favoreçam práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, que reforcem a ação comunitária, a participação e o controle social e que promovam o reconhecimento e o diálogo entre as diversas formas do saber popular, tradicional e científico, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde, significando, também, a vinculação do tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde. Fonte: *inciso III do caput do art. 8º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Produção e Disseminação de Conhecimento e Saberes

1. No âmbito de Política Nacional de Promoção da Saúde, constitui um dos seus eixos operacionais, sendo entendida como estímulo a uma atitude reflexiva e resolutiva sobre problemas, necessidades e potencialidades dos coletivos em cogestão, compartilhando e divulgando os resultados de maneira ampla com a coletividade. Fonte: *inciso VIII do caput do art. 9º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Produto de Interesse para a Saúde

1. No âmbito da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologias em saúde, órtese, prótese, bolsa coletora e equipamento médico. Fonte: *inciso I do caput do art. 19-N da Lei FED 8080 de 19/09/1990.*

Produto Estratégico para o SUS

1. No âmbito das Diretrizes e os Critérios para a Definição da Lista de Produtos Estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), produto necessário ao SUS para ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, com aquisições centralizadas ou passíveis de centralização pelo Ministério da Saúde e cuja produção nacional e de seus insumos farmacêuticos ativos ou componentes tecnológicos críticos são relevantes para o Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Fonte: *inciso II do caput do art. 2º do Anexo XCV da PRC GM/MS nº 5.*

Produto Médico de Uso Único

1. Qualquer produto médico destinado a ser usado na prevenção, diagnóstico, terapia, reabilitação ou anticoncepção, de uso único, segundo especificado pelo fabricante. Fonte: *caput do art. 180 da PRC GM/MS nº 6.*

Produto Psicotrópico

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, substância que afeta os processos mentais e pode produzir dependência. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Produtor Público

1. No âmbito do Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde, são os órgãos ou entidades que integrem a administração pública e sejam responsáveis pela produção de fármacos, biofármacos, medicamentos, imunobiológicos, produtos médicos, equipamentos e materiais de uso em saúde e “kits” para diagnóstico de uso “in vitro”, primordialmente destinados aos programas estratégicos de saúde pública. Fonte: *parágrafo único do art. 801 da PRC GM/MS nº 5.*

Profissional de Saúde Mental

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, e em re-

lação ao processo de trabalho dos profissionais de Saúde Mental, é aquele que tem como atribuição: 1) planejamento das intervenções; 2) articulação das redes de saúde e intersetorial disponíveis no território para atenção à saúde mental dos adolescentes; 3) avaliação psicossocial dos adolescentes com indícios de transtorno mental e/ou agenciamento dos casos que dela necessitem na Rede de Atenção à Saúde; 4) elaboração de estratégias de intervenção em saúde mental, em conjunto com a equipe de saúde responsável e a equipe do socioeducativo, a partir das demandas mais prevalentes; 5) desenvolvimento de ações e articulação com a rede para atenção à saúde e cuidados com as equipes que atendem às unidades socioeducativas; 6) fomento a discussões sobre a medicalização dos problemas de saúde mental no sistema socioeducativo; 7) incentivo a intervenções e discussões sobre a dinâmica institucional para a produção de saúde mental no sistema socioeducativo; 8) contribuir nas discussões sobre a desinstitucionalização de adolescentes com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 9) provisão de subsídios para o Plano Individual de Atendimento (PIA) do adolescente; 10) promoção do seguimento do cuidado em saúde mental dos adolescentes após o cumprimento da medida socioeducativa. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XVII da PRC GM/MS nº 2.*

por Corpos de Bombeiros, Policiais Civis, Militares, Rodoviários, e outros profissionais, devidamente reconhecidos pelo Gestor público da saúde, para o desempenho do atendimento pré-hospitalar em suporte básico de vida (intervenção conservadora não-invasiva) sob supervisão médica, normalizados pelo SUS. Fonte: *Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.*

ProgeSUS ver Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação

Programa ["Software"]

1. No âmbito do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), é o conjunto de instruções que descrevem uma tarefa a ser realizada por um computador. Fonte: *inciso VII do caput do art. 443 da PRC GM/MS nº 1.*

Programa Academia da Saúde

1. São diretrizes do Programa Academia da Saúde: I – configurar-se como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, complementar e potencializador das ações de cuidados individuais e coletivos na atenção básica; II – referenciar-se como um programa de promoção da saúde, prevenção e atenção das doenças crônicas não transmissíveis; e III – estabelecer-se como espaço de produção, ressignificação e vivência de conhecimentos favoráveis à construção coletiva de modos de vida saudáveis. São princípios do Programa Academia da Saúde: I – participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde; II – intersetorialidade na construção e desenvolvimento das ações; III – interdisciplinaridade na produção do conhecimento e do cuidado; IV – integrabilidade do cuidado; V – intergeracionalidade, promovendo o diálogo e troca entre gerações; e VI – territorialidade, reconhecendo o espaço como local de produção da saúde. Fonte: *caput do art. 4º da PRC GM/MS nº 5.*

2. No âmbito das ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados. Fonte: *caput do art. 3º da PRC GM/MS nº 5.*

Profissional do Nível Operacional

1. No âmbito da Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Estratégia AIDPI), o médico ou enfermeiro que atua nos serviços de saúde, priorizando os integrantes da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena – EMSI. Fonte: *inciso I do caput do art. 371 da PRC GM/MS nº 5.*

Profissional Qualificado nos Serviços de Hemoterapia de Maior Complexidade

1. No âmbito dos serviços de hemoterapia de maior complexidade, é aquele com formação de nível superior em qualquer área de conhecimento e com experiência em administração ou gestão de serviços de saúde. Fonte: *parágrafo único do art. 10 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Profissional Responsável pela Segurança Relacionados ao Atendimento Pré-Hospitalar

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, é composto

Programação Anual de Saúde [no Planejamento da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)] (PAS)

1. No âmbito do Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. Fonte: *caput do art. 97 da PRC GM/MS nº 1*.

Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde

1. No âmbito das definições que objetivam possibilitar uma mesma compreensão do Termo de Compromisso de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), comprehende os processos de programação da assistência à saúde e da vigilância em saúde, podendo, no termo, ser enfatizado um desses processos. Fonte: *Anexo XIV da PRC GM/MS nº 1*.
2. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. Fonte: *parágrafo único do art. 630 da PRC GM/MS nº 5*.

Programação Visual Padronizada das Unidades de Saúde do SUS

1. Institui que, em suas áreas externas e internas, de acordo com as marcas nacionais do SUS, as Unidades de Saúde do SUS, deverão incorporar, de forma complementar, a marca geral do governo de cada ente copartícipe da instalação e custeio da Unidade de Saúde. Fonte: *caput do art. 524 da PRC GM/MS nº 1*.

Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Aendimento de Urgência e Emergência

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, consiste em um programa de recuperação dos serviços de emergência que envolve: a implantação de uma central de regulação, conforme definida na Resolução CFM N.º 1.529/98 de grande importância como observatório epidemiológico; o incentivo à hierarquização e regionalização dos serviços; e a criação de unidades especializadas de urgência. Fonte: *Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2*.

Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS)

1. Tem por objetivo de informatizar todas as equipes de Saúde da Família – eSF e equipes de Atenção Primária à Saúde – eAP do País e de qualificar os dados em saúde dos municípios e Distrito Federal. [Conceito originário de dispositivo revogado]. Fonte: *caput do art. 504-A da PRC GM/MS nº 5*.

Programa de Assistência Ventilatória Não Inativa aos Portadores de Doenças Neuromusculares

1. No âmbito da atenção a agravos específicos, tem por objetivo melhorar a atenção à saúde dos portadores de doenças neuromusculares, adotar medidas que permitam retardar a perda da função vital destes pacientes ou mesmo evitá-la, promover a melhoria da sua qualidade e expectativa de vida e, ainda, ampliar o acesso à ventilação nasal intermitente de pressão positiva quando a mesma estiver indicada. Fonte: *parágrafo 1º do art. 650 da PRC GM/MS nº 5*.

Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, tem como objetivo promover a redução da incidência de deficiência no País e garantir a atenção integral a esta população na rede de serviços do SUS. Em decorrência desse Programa, o Ministério da Saúde editou um conjunto de portarias que estabelecem normas e incluem os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no Sistema, regulamentando, inclusive, a concessão de órteses e próteses. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2*.

Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas

1. Tem como seus principais componentes: I – componente da atenção básica; II – componente da atenção nos CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; III – componente da atenção hospitalar de referência; e IV – componente da rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS. Fonte: *caput do art. 76 da PRC GM/MS nº 5*.

Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho

1. Terá as seguintes abrangências: I – bolsas para acadêmicos, modalidade iniciação ao trabalho; II – bolsas para profissionais em educação em serviço, sob supervisão docente-assistencial, orientadas ao aperfeiçoamento e à especialização ou modalidade residente; e III – bolsas para corpo docente da educação em serviço, sob supervisão docente-assistencial, orientadas ao aperfeiçoamento e à especialização, modalidade preceptor, tutor e/ou orientador de serviço. IV – bolsa destinada ao trabalhador-estudante. Fonte: *caput do art. 728 da PRC GM/MS nº 5.*
2. Estratégia para provimento e fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), destinado aos estudantes de graduação dos cursos da área da saúde, profissionais de nível superior e trabalhadores da área da saúde e tem como objetivo promover a vivência, estágios, aperfeiçoamentos, formação e especialização de nível superior e médio em áreas prioritárias. Fonte: *caput do art. 726 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa de Cooperação Técnica (PROCOT)

1. Programa de Cooperação Técnica do Ministério da Saúde junto ao mercado brasileiro de equipamentos médico-hospitalares que contempla: I – a divulgação por meio do Portal da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível pelo endereço eletrônico www.portal.saude.gov.br, de empresas consideradas como potenciais fornecedoras dos equipamentos e materiais permanentes da RENEM; II – a apresentação dos equipamentos aos técnicos do Ministério da Saúde na forma de palestras técnicas e visitas a hospitais referenciados; e III – a participação de empresas em consultas de especificações técnicas de materiais permanentes e equipamentos. Fonte: *caput do art. 674 da PRC GM/MS nº 6.*
2. Tem como objetivos principais: I – a obtenção criteriosa e padronizada de informações técnico-econômicas fidedignas para subsidiar as análises de custo-efetividade, custo-benefício e compatibilidade custo-tecnologia em equipamentos médico-hospitalares; II – referenciar a elaboração de especificações técnicas de equipamentos para compras centralizadas e descentralizadas no SUS; III – otimizar e realizar com máxima precisão a emissão de pareceres técnicos pelo Ministério da Saúde, proporcionando maior celeridade na liberação dos recursos financeiros e melhor aproveitamento da sua utilização; IV – criar oportunidades para que as empresas possam, através de palestras

técnicas e visitas técnicas a hospitais referenciados, realizar a apresentação de seus produtos aos técnicos do Ministério da Saúde; e V – subsidiar as atualizações do Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SOMASUS), de que trata a Seção II do Capítulo I do Título VII. Fonte: *caput do art. 675 da PRC GM/MS nº 6.*

Programa de Cuidado Integral ao Diabetes

1. Programa de cuidado integral ao diabetes mellitus deve ter como prioridades estratégicas: a prevenção primária da doença com ações sobre os fatores de risco, a detecção precoce, o tratamento adequado que permita modificar a evolução da doença, previna as complicações e melhore a qualidade de vida dos portadores. Essas estratégias devem ser coordenadas e integradas, levando em conta tanto ações de base populacional como aquelas sobre os grupos de risco e as de características individuais; devem ser custo-efetivas e fundamentadas em evidências científicas. A organização do cuidado integral deve estar centrada na pessoa que vive com diabetes, em sua família e incluir a comunidade; deve ser planejada levando em conta os diversos aspectos do cuidado, as circunstâncias e os recursos locais. A abordagem terapêutica deve ser multiprofissional, incluindo a assistência farmacêutica, o monitoramento da glicemia e outros parâmetros clínicos, planejamento da atividade física e orientação dietética. A participação do paciente e seu envolvimento constante e harmonioso com a equipe de saúde é fundamental para que as recomendações sejam seguidas e o tratamento, efetivo. Fonte: *Anexo LXXXVII da PRC GM/MS nº 5.*

Programa de Desinstitucionalização

1. No âmbito do Programa de Desinstitucionalização Integrante do Componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tem por objetivos: I – apoiar e desenvolver ações de desinstitucionalização de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situação de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS; e II – apoiar e desenvolver ações e estratégias nos processos de reabilitação psicossocial no território das pessoas desinstitucionalizadas, favorecendo-se os percursos de produção de autonomia e da contratualidade social, de forma a garantir seus direitos e a efetiva participação e inclusão social, for-

talecendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
Fonte: *caput do art. 66 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, deve ser concebido como parte do processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores, devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas.
Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

1. Tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação. Fonte: *parágrafo único do art. 596 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa de Mamografia Móvel

1. Tem por objetivos: I – articular ações que visem ao aumento da cobertura mamográfica em todo território nacional, prioritariamente em favor das mulheres na faixa etária elegível, entre cinquenta e sessenta e nove anos de idade, para o rastreamento do câncer de mama; II – desenvolver ações coordenadas que visem à garantia do fornecimento regular do exame mamográfico às mulheres na faixa etária elegível para o rastreamento do câncer de mama, bienalmente; III – fortalecer ações de prevenção secundária para o câncer de mama, com favorecimento para o seu diagnóstico precoce e o encaminhamento em tempo adequado para a confirmação diagnóstica e o tratamento especializado; e IV – prestar ações de fortalecimento do desenvolvimento regional da rede de atendimento à população nos três níveis de atenção à saúde. Fonte: *caput do art. 195 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)

1. Tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos CEO, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção especializada em saúde bucal. Fonte: *caput do art. 587 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)

1. Tem como objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde nos âmbitos estadual, distrital e municipal e é composto por Fase de Adesão e Fase de Avaliação. Fonte: *caput do art. 839 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação (ProgeSUS)

1. Instituído para colaborar técnica e financeiramente com a execução de projetos voltados ao fortalecimento dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias de Saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios. Fonte: *caput do art. 760 da PRC GM/MS nº 5.*
2. Tem os seguintes componentes: I – componente I: financiamento para a modernização dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias de Saúde de Estados, do Distrito Federal e de Municípios por meio da aquisição de mobiliário e de equipamentos de informática; II – componente II: disponibilização, pelo Ministério da Saúde, de Sistema de Informação Gerencial para o Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias de Saúde que desejarem adotá-lo; III – componente III: capacitação de equipes dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias de Saúde de Estados, do Distrito Federal e de Municípios; e IV – componente IV: participação no Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS). Fonte: *caput do art. 761 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa de Requalificação de Unidade Básica de Saúde

1. Tem como objetivo prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações por meio do financiamento das UBS implan-

tadas em território nacional. Fonte: *caput do art. 87 da PRC GM/MS nº 6 e caput do art. 737 da PRC GM/MS nº 6.*

Programa de Residência Médica

1. No âmbito da Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do Incentivo à Formação de Especialistas na Modalidade Residência Médica em Áreas Estratégicas do SUS, contempla as demandas das redes temáticas prioritárias do SUS, tais como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, por meio de linhas de cuidado estabelecidas nas portarias específicas e entre os serviços que compõem as respectivas redes. Fonte: *parágrafo único do art. 743 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC)

1. Tem como campo central de práticas da especialidade os ambientes e os territórios de atuação das equipes de saúde da família que atuam nas áreas mais carentes dos municípios, complementado pelas demais unidades assistenciais da cidade e região, tendo em vista o conjunto das aprendizagens necessárias à especialidade. Fonte: *parágrafo único do art. 738 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (Programa EpiSUS)

1. Tem os seguintes objetivos específicos: I – capacitar profissionais de nível superior em epidemiologia de campo e vigilância em saúde; II – desenvolver capacidade técnica-científica para colaborar na resolução de problemas de saúde pública; III – colaborar na resposta às emergências em saúde pública, principalmente em investigações de surtos; IV – contribuir para a difusão do conhecimento técnico científico, por meio da comunicação científica escrita e oral, da divulgação de resultados de investigações de surtos e de outros estudos desenvolvidos durante o treinamento; V – colaborar no planejamento e condução de investigações epidemiológicas de surtos/epidemias e outros eventos de saúde pública, incluindo a coleta, a análise, a descrição e a interpretação de dados para orientar a rápida tomada de decisão; VI – direcionar as ações de prevenção e controle de eventos de importância em saúde pública; VII – colaborar e conduzir avaliações de sistemas de vigilância em saúde ou programas específicos de saúde pública e análise de dados gerados pelos sistemas de informação; VIII – conduzir pesqui-

sas direcionadas às necessidades das áreas de vigilância em saúde, desenvolvendo estudos de caráter técnico-científico; e IX – colaborar no planejamento e execução de estudos epidemiológicos, incluindo a coleta, a análise, a descrição e a interpretação de dados para orientar a tomada de decisão, de forma rápida. Fonte: *caput do art. 335-C da PRC GM/MS nº 5.*

2. Tem como objetivo geral aprimorar a capacidade técnica de profissionais de nível superior, por meio de treinamento em serviço para atuar frente às investigações epidemiológicas, tais como surtos e emergências em saúde pública no âmbito dos serviços do Sistema Único de Saúde. Fonte: *caput do art. 335-B da PRC GM/MS nº 5.*

Programa de Volta para Casa

1. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ponto de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização, política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência. Fonte: *parágrafo 3º do art. 11 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Programa EpiSUS ver Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde

Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)

1. Consiste na disponibilização de medicamentos e/ou correlatos à população, pelo Ministério da Saúde, através dos seguintes meios: I – a "Rede Própria", constituída por Farmácias Populares, em parceria com os Estados, Distrito Federal e Municípios; e II – o "Aqui Tem Farmácia Popular", constituído por meio de convênios com a rede privada de farmácias e drogarias. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo LXXVII da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD)

1. Tem a finalidade de captar e canalizar recursos destinados a estimular e desenvolver ações de promoção à saúde e de reabilitação/habilitação da pessoa com deficiência. As ações de promoção à saúde e de reabilitação/habilitação da pessoa com deficiência se des-

tinam à pesquisa, à promoção da informação e da saúde, identificação e diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação/habilitação, uso terapêutico de tecnologias assistivas e projetos intersetoriais de apoio à saúde voltados às pessoas com deficiência física, auditiva, visual, intelectual, múltipla, pessoas com ostomia e com transtorno do espectro do autismo. O Pronas/PCD será implementado mediante incentivo fiscal a ações e serviços de atenção à saúde da pessoa com deficiência, desenvolvidos por pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, que se destinam ao tratamento de deficiências físicas, auditivas, visuais, intelectuais, múltiplas, pessoas com ostomia e com transtorno do espectro do autismo. Fonte: *caput do art. 7º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon)

1. Tem a finalidade de captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer. A prevenção e o combate ao câncer englobam a promoção da informação, a pesquisa, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias malignas e afecções correlatas. O Pronon será implementado mediante incentivo fiscal a ações e serviços de atenção oncológica, desenvolvidos por instituições de prevenção e combate ao câncer. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas

1. Tem por objetivos: I – articular as ações desenvolvidas pelas três esferas de governo destinadas a promover a atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool ou outras drogas; II – organizar e implantar rede estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos pacientes com esse tipo de transtorno, articulada à rede de atenção psicosocial; III – aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas; IV – realizar ações de atenção/assistência aos pacientes e familiares, de forma integral e abrangente, com atendimento individual, em grupo, atividades comunitárias, orientação profissional, suporte medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros; V – orga-

nizar/regular as demandas e os fluxos assistenciais; e VI – promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental locais. Fonte: *caput do art. 84 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)

1. Tem como objetivos específicos: I – incentivar a cultura avaliativa dos gestores para os serviços de saúde; II – fomentar a cultura avaliativa nos estabelecimentos de saúde; III – ser instrumento de apoio à gestão do SUS; IV – produzir conhecimento qualitativo da rede de serviços de saúde; V – implementar padrões de conformidade dos serviços de saúde; VI – incorporar indicadores de produção para avaliação de serviços de saúde; VII – aferir a satisfação dos usuários do SUS; VIII – conhecer as condições e relações de trabalho dos profissionais nos estabelecimentos de saúde; IX – identificar oportunidades e possibilidades de melhoria; X – possibilitar a observação de experiências exitosas para melhoria da qualidade local; e XI – disponibilizar os resultados para conhecimento público. Fonte: *caput do art. 857 da PRC GM/MS nº 5.*
2. Tem como objetivo geral avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da suas realidades, em suas diferentes dimensões, na busca da resolutividade e qualidade. Fonte: *caput do art. 856 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino

1. Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. As Diretrizes estão consubstanciadas na obra "Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero", do Instituto Nacional de Câncer, ano 2011, ISBN 978-85-7318-184-5. A obra "Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero" ficará disponível no portal do Ministério da Saúde, no endereço eletrônico: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterino>. Fonte: *caput do art. 225 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Nacional de Competitividade em Vacinas (INOVACINA)

1. Integra o conjunto de políticas adotada para estimular a eficiência produtiva considerada como vetor dinâmico da atividade industrial pelas “Diretrizes de Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior” e tem por finalidade criar condições para alcançar a auto-suficiência nacional na produção das vacinas incluídas no Programa Nacional de Imunização (PNI), por meio das seguintes ações: I – investir na infra-estrutura e no custeio da pesquisa e desenvolvimento em vacinas, incluindo bolsas de pesquisa; II – investir no estabelecimento de condições de Boas Práticas de Produção (BPP) nos laboratórios públicos e privados sem fins lucrativos, produtores de vacinas no País; III – aperfeiçoar o sistema de regulação de vacinas, com especial atenção aos mecanismos desenvolvidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e IV – investir no estabelecimento de uma Rede Pública de Ensaios pré-clínicos e clínicos de vacinas, destinada a avaliar a segurança, a eficácia e efetividade das vacinas produzidas. Fonte: *caput do art. 821 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)

1. Tem as seguintes diretrizes: I – desenvolver campanhas de informação e de mobilização das pessoas, de maneira a criar-se uma maior responsabilização de cada família na manutenção de seu ambiente doméstico livre de potenciais criadouros do vetor; II – fortalecer a vigilância epidemiológica e entomológica para ampliar a capacidade de predição e de detecção precoce de surtos da doença; III – melhorar a qualidade do trabalho de campo de combate ao vetor; IV – integrar as ações de controle da dengue na atenção básica, com a mobilização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família; V – utilizar instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas, dentre outros; VI – atuar multisectorialmente por meio do fomento à destinação adequada de resíduos sólidos e a utilização de recipientes seguros para armazenagem de água; VII – desenvolver instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, estados e municípios. Fonte: *caput do art. 257 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia (PNCQES)

1. Tem o objetivo de avaliar a qualidade e o desempenho dos resultados dos testes sorológicos realizados nas Unidades Hemoterápicas. Fonte: *Anexo 12 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Testes de Proficiência em Laboratórios de Sorologia, Painel de Soros e Laboratório de Referência e Produtor.

Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no Sistema Único de Saúde (PNDG)

1. Tem o objetivo de incentivar os processos de qualificação para a gestão e gerência do Sistema Único de Saúde. São diretrizes do PNDG: I – orientar-se pelos princípios e práticas da gestão democrática e participativa; II – fortalecer a capacidade de desenvolver novos conhecimentos, habilidades e atitudes gerenciais centrados nas necessidades e demandas dos usuários; III – desenvolver o programa em estreita articulação com a Política de Educação Permanente em Saúde (EPS); IV – estabelecer parcerias com os gestores do SUS quanto aos processos de formação adequados às diversas realidades locais, regionais e estaduais, bem como em relação ao nível instrucional do profissional de saúde a ser atingido pelo PNDG; e V – consolidar o eixo da gestão do trabalho e educação na saúde do Pacto de Gestão. Fonte: *caput do art. 848 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde

1. Tem como objetivo promover o fortalecimento e a modernização do conjunto de laboratórios públicos encarregados da produção de medicamentos e imunobiológicos de relevância estratégica para o Sistema Único de Saúde, por intermédio da ampliação da participação no Complexo Produtivo da Saúde, do aumento da capacidade inovadora e da mudança de patamar competitivo, contribuindo para a redução da defasagem tecnológica existente e o desenvolvimento econômico, científico e tecnológico do País. Fonte: *caput do art. 789 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Nacional de Implantação/Implementação de Bancos de Olhos

1. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, tem por objetivo oferecer as

condições para a implantação/implementação de 30 (trinta) Bancos de Olhos a serem distribuídos, em locais estratégicos, no território nacional, como forma de viabilizar/estimular a ampliação da captação de córneas para transplante, garantir adequadas condições técnicas e de segurança para esta captação e, por fim, ampliar a realização de procedimentos de transplante de córnea no País, reduzindo, desta maneira, o tempo de espera dos candidatos ao transplante. Fonte: parágrafo 1º do art. 214 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

1. Tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. Fonte: *caput do art. 506 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM)

1. Tem as seguintes diretrizes: I – desenvolver atividades de informação e de mobilização político-social, com o objetivo de aumentar a participação da população nas ações de prevenção e controle da malária; II – fortalecer a vigilância em saúde para ampliar a capacidade de predição e de detecção III – melhorar a qualidade do trabalho de campo no controle vetorial; IV – integrar as ações de controle da malária na atenção básica, com a efetiva participação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família; V – utilizar os instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público no controle do meio ambiente para evitar surtos da doença; VI – atuar com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA e o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis – IBAMA, nas regiões endêmicas de malária, visando à promoção de ações de prevenção e controle da doença para evitar surgimento de epidemias decorrentes de atividades antrópicas; VII – desenvolver instrumentos de programação, acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelos gestores federal, estaduais e municipais. Fonte: *caput do art. 292 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Nacional de Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo

1. Destinado a promover a eliminação virtual sustentável dos DDI [Distúrbios por Deficiência de Iodo] mediante a obrigatoriedade de iodação do sal destinado ao consumo humano em todo o território nacional. Fonte: *caput do art. 298 da PRC GM/MS nº 5.*
2. Executado de acordo com as seguintes linhas de ação: I – monitoramento do teor de iodo do sal para consumo humano; II – monitoramento do impacto da iodação do sal na saúde da população; III – atualização dos parâmetros legais dos teores de iodo do sal destinado ao consumo humano; e IV – implementação contínua de estratégias de informação, educação, comunicação e mobilização social. Fonte: *caput do art. 299 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM)

1. Tem por objetivo avaliar o desempenho da prestação dos serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia, com base em critérios e parâmetros referentes à qualidade da estrutura, do processo, dos resultados, da imagem clínica e do laudo. Fonte: *caput do art. 207 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde - QUALIFAR-SUS (QUALIFAR-SUS)

1. 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. Fonte: *caput do art. 575 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Nacional de Qualificação para a Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantantes (QUALIDOTT)

1. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, de forma integrada e sistêmica, estrutura e organiza as ações voltadas para a capacitação dos trabalhadores de saúde envolvidos no processo de doação/transplante desde a identificação de prováveis doadores de órgãos e de tecidos até o acompanhamento pós-transplante, e tem por objetivos: I – introduzir a capacitação, a qualificação e o processo de aprendizagem aplicados a uma abordagem sistêmica e organizada dos conhecimentos no processo de doa-

ção/transplante; II – proporcionar formação, capacitação, atualização e desenvolvimento dos profissionais envolvidos com o processo de doação/transplante; III – oferecer aos profissionais de saúde adequada informação e conhecimento da estrutura e funcionamento da Política Nacional de Transplantes; IV – estimular a pesquisa, a produção intelectual e a divulgação de conhecimentos, sensibilizando os profissionais para a importância do autodesenvolvimento e multiplicação do conhecimento; V – buscar maior integração dos profissionais envolvidos com as atividades de doação e de transplantes, com o objetivo de compartilhar experiências e conhecimentos; VI – motivar e incentivar a criatividade na busca por constantes estratégias de solução de problemas; e VII – contribuir para o aumento da doação e da captação de Órgãos, Tecidos e Células, por meio da qualificação profissional, com consequente aumento do número de transplantes realizados, visando à redução do tempo de espera em lista e à melhoria da qualidade de vida dos receptores. Fonte: parágrafo 1º do art. 218 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

1. Tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Constituem-se objetivos específicos do PNSP: I – promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; II – envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; III – ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; IV – produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e V – fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde. Fonte: *caput do art. 158 da PRC GM/MS nº 5*.

Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)

1. Tem como objetivo prevenir e controlar a anemia por deficiência de ferro e deverá ser implantado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de todos os municípios brasileiros. O público a ser atendido serão as crianças entre 6 (seis) e 24 (vinte e quatro) meses de idade,

gestantes e mulheres até o 3º mês pós-parto e pós-aborto, que deverão ser suplementadas de forma profilática e universal, observando-se o Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Fonte: *caput do art. 111 da PRC GM/MS nº 5*.

Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

1. Destinado a prevenir e/ou controlar essa deficiência nutricional mediante a suplementação com megadoses de vitamina A, em crianças de seis a cinqüenta e nove meses de idade e puérperas no pós-parto imediato, pertencentes à Região Nordeste, ao Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais e ao Vale do Ribeira em São Paulo. Fonte: *caput do art. 117 da PRC GM/MS nº 5*.

Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)

1. Se ocupará da triagem com detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados nas seguintes doenças congênitas, de acordo com a respectiva Fase de Implantação do Programa: I – fenilcetonúria; II – hipotireoidismo congênito; III – doenças falciformes e outras hemoglobinopatias; IV – fibrose cística. Fonte: *parágrafo 2º do art. 142 da PRC GM/MS nº 5*.
2. Tem por objetivo o desenvolvimento de ações de triagem neonatal em fase pré-sintomática, acompanhamento e tratamento das doenças congênitas detectadas (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, fibrose cística) em todos os nascidos-vivos, promovendo o acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada dos laboratórios especializados e serviços de atendimento, bem como organizar e regular o conjunto destas ações de saúde. Fonte: *parágrafo 1º do art. 142 da PRC GM/MS nº 5*.
3. Tem por objetivo o desenvolvimento de ações de triagem neonatal, diagnóstico, acompanhamento e tratamento das seguintes doenças congênitas: Fenilcetonúria; Hipotireoidismo Congênito; Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias; Fibrose Cística. Fonte: *Anexo XXIII da PRC GM/MS nº 5*.

Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das IST e do HIV/AIDS

1. Coordenará, a nível nacional, ações de vigilância epidemiológica das IST e do HIV/AIDS. Fonte: *caput do art. 275 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais

1. Constituído por três níveis assistenciais, a saber: I – Nível I – Atenção Básica; II – Nível II – Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade; e III – Nível III – Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade. Fonte: *caput do art. 282 da PRC GM/MS nº 5.*
2. Envolverá todos os aspectos relacionados à prevenção, vigilância e assistência aos pacientes portadores de hepatites virais, com ênfase nas Hepatites A, B, C, D e E e tem por objetivos: I – o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, vigilância epidemiológica e sanitária das hepatites virais, acompanhamento e tratamento dos portadores de hepatites virais detectadas e inseridas no Programa; II – a ampliação do acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada dos serviços de saúde em todos os seus níveis de complexidade, bem como de centros de referência para o tratamento das hepatites; e III – a organização, regulação, acompanhamento e avaliação do conjunto destas ações de saúde para o efetivo controle das hepatites virais. Fonte: *caput do art. 279 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde

1. Tem como objetivo fortalecer e modernizar o setor de equipamentos e materiais de uso em saúde visando à ampliação da capacidade inovadora das empresas e a mudança de seu patamar competitivo, contribuindo para a redução da defasagem tecnológica existente e o desenvolvimento econômico, científico e tecnológico do País. Fonte: *caput do art. 795 da PRC GM/MS nº 5.*
2. As estratégias de ação do Programa consistem no apoio, fomento e execução de ações e projetos voltados às áreas de: I – Fomento ao Desenvolvimento Tecnológico, Produção e Inovação; II – Regulação (em parceria com a Anvisa e o Inmetro); III – Cooperação Técnica e Econômica; IV – Compras Governamentais; e V –

Atração de Investimentos. Fonte: *Anexo XCIV da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes)

1. Tem por objetivo apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde ordenadas pela Atenção Básica. Fonte: *parágrafo único do art. 447 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS)

1. Tem o objetivo de fortalecer os produtores públicos e a infraestrutura de produção e inovação em saúde do setor público. Fonte: *caput do art. 801 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental

1. Contempla as seguintes atividades: I – avaliação da assistência à saúde mental no País, dentro do contexto de sistema global de atenção, promoção e recuperação da saúde mental; II – supervisão e avaliação, in loco, dos hospitais psiquiátricos que compõem a rede assistencial do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a adoção de medidas que reforcem a continuidade do processo de reversão do modelo de atenção à saúde mental instituído no País; III – análise, avaliação e proposição de alternativas assistenciais na área de saúde mental; e IV – elaboração e proposição de protocolos de regulação e de mecanismos de implementação de módulo de regulação da assistência à saúde mental que venha a compor as Centrais de Regulação, com o objetivo de regular, ordenar e orientar esta assistência e com o princípio fundamental de incrementar a capacidade do poder público de gerir o sistema de saúde e de responder, de forma qualificada e integrada, às demandas de saúde de toda a população. Fonte: *caput do art. 98 da PRC GM/MS nº 5.*

Programa SOS Emergências

1. No âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), ação estratégica prioritária para a implementação do Componente Hospitalar da RUE, realizada em conjunto com os Estados, Distrito Federal e Municípios para a qualificação da gestão e do atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) nas maiores e mais complexas Portas de Entrada Hospitalar.

lares de Urgência do SUS. Fonte: *parágrafo único do art. 643 da PRC GM/MS nº 5.*

Pró-Iodo ver Programa Nacional de Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo

Projeto de Estruturação e Qualificação dos Serviços Existentes de Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação Pós-Operatória no Sistema Único de Saúde (PROJETO SUPORTE)

1. Tem por objetivo promover a estruturação de serviços de traumato-ortopedia e de reabilitação pós-operatória, por meio do apoio técnico e financeiro às Secretarias Estaduais e às Municipais de Saúde na implantação e implementação de serviços de ortopedia, traumatologia e reabilitação pós-operatória de média e alta complexidade, prioritariamente nas regiões com baixa capacidade de oferta e de produção nas referidas especialidades. Fonte: *parágrafo único do art. 653 da PRC GM/MS nº 5.*

Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde

1. Tem por objetivo geral, implementar, em aglomerados urbanos selecionados, ações de promoção da saúde e de prevenção de acidentes de trânsito, mediante a mobilização do setor saúde, prefeituras e sociedade civil organizada, no sentido de promover mudança de hábitos, atitudes, valores culturais e situações ambientais que interferem na ocorrência dos acidentes de trânsito, melhorando a qualidade da informação e reduzindo as taxas de morbimortalidade por estes eventos. Fonte: *Anexo XV da PRC GM/MS nº 5.*
2. Tem como objetivo reduzir a morbimortalidade por acidentes de trânsito no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações sistematizadas de prevenção de acidentes de trânsito. Fonte: *parágrafo único do art. 186 da PRC GM/MS nº 5.*

Projeto PRO-ADESS

1. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), é o projeto que reuniu pesquisadores de diversas instituições ligadas à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), produzindo importantes contribuições metodológicas e conceituais, no sentido de: a) compre-

ender, monitorar e avaliar as inter-relações e os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a equidade no desempenho do SUS; b) melhorar a formulação das políticas; c) monitorar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais no Brasil; e d) criar instrumentos e processos participativos de monitoramento e avaliação destinados aos municípios, aos estados e à esfera federal, bem como mecanismos de acesso e difusão da informação e de formação permanente, voltados aos gestores, trabalhadores e usuários, em especial aos membros dos conselhos de saúde. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.*

PROJETO SUPORTE ver Projeto de Estruturação e Qualificação dos Serviços Existentes de Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação Pós-Operatória no Sistema Único de Saúde

Projeto Técnico

1. É aquele elaborado pelas entidades prestadoras de serviços de atenção em regime residencial para obter o Incentivo Financeiro de Custeio Destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para Apoio ao Custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, Incluídas as Comunidades Terapêuticas, Voltados para Pessoas com Necessidades Decorrentes do Uso de Álcool, Crack e Outras Drogas e é embasado nas seguintes diretrizes: I – respeitar, garantir e promover os direitos do residente como cidadão; II – ser centrado nas necessidades do residente, em consonância com a construção da autonomia e a reinserção social; III – garantir ao residente o acesso a meios de comunicação; IV – garantir o contato frequente do residente com a família desde o início da inserção na entidade; V – respeitar a orientação religiosa do residente, sem impor e sem cercear a participação em qualquer tipo de atividade religiosa durante a permanência na entidade; VI – garantir o sigilo das informações prestadas pelos profissionais de saúde, familiares e residentes; VII – inserção da entidade na Rede de Atenção Psicosocial, em estreita articulação com os CAPS, a Atenção Básica e outros serviços pertinentes; e VIII – permanência do usuário residente na entidade por no máximo 6 (seis) meses, com a possibilidade de uma só prorrogação por mais 3 (três) meses, sob justificativa conjunta das equipes técnicas da entidade e do CAPS de referência, em relatório circunstanciado. Fonte: *caput do art. 6º do Anexo XCI da PRC GM/MS nº 6.*

Projeto Terapêutico Singular

1. No âmbito da Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicosocial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), será formulado no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial com a participação da Unidade de Acolhimento, devendo-se observar as seguintes orientações: I – acolhimento humanizado, com estímulo à grupalização e socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas; II – desenvolvimento de ações que garantam a integridade física e mental, considerando o contexto social e familiar; III – desenvolvimento de intervenções que favoreçam a adesão ao tratamento, visando à interrupção ou redução do uso de crack, álcool e outras drogas; IV – acompanhamento psicossocial ao usuário e à respectiva família; V – atendimento psicoterápico e de orientação, entre outros, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular; VI – atendimento em grupos, tais como psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, assembleias, grupos de redução de danos, entre outros; VII – oficinas terapêuticas; VIII – atendimento e atividades sociofamiliares e comunitárias; IX – promoção de atividades de reinserção social; X – articulação com a Rede intersetorial, especialmente com a assistência social, educação, justiça e direitos humanos, com o objetivo de possibilitar ações que visem à reinserção social, familiar e laboral, como preparação para a saída; XI – articulação com programas culturais, educacionais e profissionais, de moradia e de geração de trabalho e renda; e XII – saída programada e voltada à completa reinserção do usuário, de acordo com suas necessidades, com ações articuladas e direcionadas à moradia, ao suporte familiar, à inclusão na escola e à geração de trabalho e renda. Fonte: parágrafo único do art. 49 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.

Projeto Vida no Trânsito

1. No âmbito da Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, tem por objetivo subsidiar gestores no fortalecimento de políticas de prevenção de lesões e mortes no trânsito por meio do planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação das ações. [Conceito originário de dispositivo revogado]. Fonte: caput do art. 182 da PRC GM/MS nº 5.

Promoção à Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país. Assim, as ações de promoção da saúde constituem-se formas mais amplas de intervenção sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde vivem e trabalham. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS)

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), compreendida como um conjunto de estratégias que proporcionem aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Considerando-se que o alimento tem funções transcendentais ao suprimento das necessidades biológicas, pois agrupa significados culturais, comportamentais e afetivos singulares que não podem ser desprezados. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.
2. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), objetiva a melhora da qualidade de vida da população, por meio de ações intersetoriais, voltadas ao coletivo, aos indivíduos e aos ambientes (físico, social, político, econômico e cultural), de caráter amplo e que possam responder às necessidades de saúde da população, contribuindo para a redução da prevalência do sobrepeso e obesidade e das doenças crônicas associadas e outras relacionadas à alimentação e nutrição. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Promoção da Mobilidade Segura

1. No âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, é um dos seus temas prioritários e compreende: a) buscar avançar na articulação intersetorial e intrasetorial, envolvendo a vigilância em saúde, a atenção básica e as redes de urgência e emergência do território na produção do cuidado e na redução da morbimortalidade decorrente do trânsito; b) orientar ações integradas e intersetoriais nos territórios, incluindo saúde, educação, trânsito, fiscalização, ambiente e demais setores envolvidos, além da sociedade, visando definir um planejamento integrado, parcerias, atribuições, responsabilidades e especificidades de cada setor para a promoção da mobilidade segura; e c) avançar

na promoção de ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, fundamentadas em informação qualificada e em planejamento integrado, que garantam o trânsito seguro, a redução de morbimortalidade e a paz no trânsito. Fonte: *inciso VI do caput do art. 10 do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Promoção da Paz e da Cultura dos Direitos Humanos

1. No âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, é um dos seus temas prioritários e compreende promover, articular e mobilizar ações que estimulem a convivência, a solidariedade, o respeito à vida e o fortalecimento de vínculos, para o desenvolvimento de tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos, o respeito às diversidades e diferenças de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais, de classe social e relacionada às pessoas com deficiências e necessidades especiais, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, articulando a RAS com as demais redes de proteção social, produzindo informação qualificada e capaz de gerar intervenções individuais e coletivas, contribuindo para a redução das violências e para a cultura de paz. Fonte: *inciso VII do caput do art. 10 do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e Agravos e Produção do Cuidado em Estabelecimento de Saúde

1. No âmbito da tipificação de estabelecimento em saúde, é o conjunto de ações e serviços de saúde, de caráter individual ou coletivo, compreendendo práticas corporais, artísticas e culturais, práticas integrativas e complementares, atividades físicas, promoção da alimentação saudável ou educação em saúde. Fonte: *Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.*

Promoção da Saúde e de Ambientes e Processos de Trabalho Saudáveis

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, é um conjunto de ações, articuladas intra e intersetorialmente, que possibilite a intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, a atuação em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e na garantia da dignidade do trabalhador no trabalho. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.*

Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a Promoção e o Acompanhamento compõem um dos eixos estratégicos da Política e consistem na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da "CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares. Fonte: *inciso III do caput do art. 6º do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*

Pronas/PCD ver Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência

Pronon ver Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica

Prontuário

1. No âmbito da atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva, o prontuário é individual para cada paciente e deve conter as informações sobre sua doença, seus diagnósticos, resultados de exames e tratamentos prévios, todos devidamente escritos, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Fonte: *Anexo 3 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*
2. No âmbito de normas gerais de credenciamento e habilitação do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, é aquele individualizado para cada paciente e que deve abordar o atendimento ambulatorial e hospitalar que contenha as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo respectivo atendimento (identificação do paciente, anamnese e exame físico, técnica cirúrgica, condições ou sumário da alta hospitalar). Fonte: *Anexo 4 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*
3. No âmbito de Centros de Referência em Assistência a Queimados, é aquele realizado para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico

e devem conter Informações Mínimas do Prontuário. Fonte: Anexo 2 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 3.

Prontuário Eletrônico [Programa Informatiza APS]

1. No âmbito do Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde – Informatiza APS, repositório de informações mantidas de forma eletrônica, compreendendo as informações de saúde, clínicas e administrativas, originadas das ações das diversas categorias profissionais que compõem a APS, ao longo da vida de um indivíduo. Fonte: inciso III do caput do art. 504-B da alteração do caput do art. 2º da Portaria MS/GM 2983 de 11/11/2019.

Prontuário Único

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, conjunto de documentos em saúde padronizados e ordenados, destinado ao registro dos cuidados que foram prestados aos usuários por todos os profissionais de saúde. Fonte: inciso XIX do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.

Propaganda de Produtos Farmacêuticos

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, divulgação do medicamento promovida pela indústria, com ênfase na marca, e realizada junto aos prescritores, comércio farmacêutico e população leiga. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Prótese

1. No âmbito de Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, é o aparelho ou dispositivo destinado a substituir um órgão, um membro ou parte do membro destruído ou gravemente acometido. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Protocolo Clínico

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, documento que normaliza um padrão de atendimento a determinada patologia ou condição clínica, identificando as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Fonte: inciso XXI do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.

Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica

1. No âmbito da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologias em saúde, documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo [19-O da Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990 [Lei Orgânica da Saúde] serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. Fonte: inciso II do caput do art. 19-N da Lei FED 8080 de 19/09/1990.
2. No âmbito do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Fonte: inciso VIII do caput do art. 2º da Decreto FED 7508 de 28/06/2011.

Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP)

1. No âmbito das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão, instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra. Fonte: caput do art. 61 da PRC GM/MS nº 1.
2. No âmbito das diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instrumento que se destina à formalização da relação

entre gestores do SUS quando estabelecimentos públicos de saúde situados no território de um Município estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra, conforme o Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação nº 1. Fonte: *inciso IV do caput do art. 24 do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

3. No âmbito das Orientações para elaboração do Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos, seu objeto é formalizar a cooperação entre os entes públicos na prestação de serviços de saúde e respectiva remuneração para as unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um Município, que estão sob a gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra, definindo o papel da unidade no sistema municipal e locorregional, o perfil dos serviços a serem ofertados através das metas físicas e qualitativas, de acordo com as necessidades de saúde da população, bem como os mecanismos de acompanhamento e avaliação. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 1.*
4. No âmbito das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão, para fins do Protocolo de Cooperação entre Ente Públicos (PCEP), conceitua-se gerência, nos termos do Pacto pela Saúde - 2006, como a administração de uma unidade ou órgão de saúde que se caracteriza como prestador de serviços no SUS. Fonte: *parágrafo 1º do art. 61 da PRC GM/MS nº 1.*

Ver também: Termo de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP) (TCEP) e Plano Operativo Anual [do PCEP].

Protocolo de Intervenção Farmacêutica

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, roteiro de indicação e prescrição, graduado de acordo com as variações e a gravidade de cada afecção. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

PV-AT ver Preço de Venda - Aqui Tem [Programa Farmácia Popular do Brasil]

PVVisa ver Piso Variável de Vigilância Sanitária

PVVS ver Piso Variável de Vigilância em Saúde

Letra Q

Quadro Clínico de Toxicidade ao Benzeno

1. No âmbito das normas de vigilância à saúde dos trabalhadores expostos ao benzeno, é aquele que considera a toxicidade do benzeno (ou benzenismo) quando a pessoa apresenta um conjunto de sinais e sintomas e que tenha sido exposta ao benzeno. O quadro clínico de toxicidade ao benzeno caracteriza-se por uma repercussão orgânica múltipla, em que o comprometimento da medula óssea é o componente mais frequente e significativo, sendo a causa básica de diversas alterações hematológicas. Fonte: *Anexo LXVIII da PRC GM/MS nº 5.*

QualiCito ver Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito)

Qualidade

1. Qualidade na atenção em saúde pode ser melhor compreendida com o conceito de graus de excelência do cuidado que pressupõe avanços e retrocessos nas seis dimensões, a saber: segurança (reconhecer e evitar situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar); efetividade (utilizar-se do conhecimento para implementar ações que fazem a diferença, que produzem benefícios claros aos usuários); centralidade na pessoa (usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas, e serem envolvidos e pró-ativos no cuidado à saúde); pontualidade (cuidado no tempo certo, buscando evitar atrasos potencialmente danosos); eficiência (evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas), e equidade (características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde). Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

QUALIDOTT ver Programa Nacional de Qualificação para a Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

QUALIFAR-SUS ver Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde - QUALIFAR-SUS

Qualificação

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, etapa do processo de validação que corresponde à ação de verificação que uma pessoa, equipamento ou material trabalha corretamente e produz os resultados esperados. Fonte: *inciso XXVII do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*
2. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, processo pelo qual o componente SAMU 192 regional já habilitado cumpre requisitos de qualificação estabelecidos neste Capítulo, passando a fazer jus a novos valores de custeio. Fonte: *inciso VIII do caput do art. 40 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Qualificação de Fornecedores [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, método de avaliação utilizado para assegurar que os materiais, equipamentos, insumos ou serviços obtidos de determinado fornecedor atendem a requisitos especificados pela instituição. Fonte: *inciso XXIX do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Fornecedor [Procedimentos Hemoterápicos].

Qualificação de Pessoas [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, composta por aspectos da educação, treinamento e experiência de um indivíduo, necessários para preencher com sucesso os requisitos de determinada função. Fonte: *inciso XXVIII do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Qualificação e Humanização na Gestão

1. No âmbito de Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), envolve a ação de organização de instâncias que possibilitem a ausculta sistemática de profissionais de saúde. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.*

Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito) (QualiCito)

1. No âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, consiste na definição de padrões de qualidade e na avaliação da qualidade do exame citopatológico do colo do útero por meio do acompanhamento, pelos gestores do SUS, do desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS. Fonte: *caput do art. 123 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*
2. No âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, tem por objetivos: I – promover a melhoria contínua da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero ofertados à população; II – incentivar o aumento da cobertura de realização do exame citopatológico do colo do útero na população feminina de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero vigente; III – promover a melhoria dos padrões de qualidade dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS que realizam o exame citopatológico do colo do útero; IV – estabelecer critérios e parâmetros de qualidade para o contrato e o distrato de laboratórios prestadores de serviços para o SUS; V – promover a educação permanente dos profissionais de saúde; e VI – monitorar, através do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) ou de outro sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde, os indicadores de qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero. Fonte: *caput do art. 124 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*
3. No âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, participam da QualiCito os laboratórios públicos e privados que prestam serviço ao SUS, classificados em Tipo I e Tipo II. São considerados Laboratórios Tipo I os laboratórios públicos e privados que prestam serviço ao SUS, e que realizam exames citopatológicos do colo do útero. São considerados Laboratórios Tipo II os laboratórios públicos responsáveis por realizar os exames citopatológicos do colo do útero no âmbito do MEQ, além de poderem realizar as ações dos Laboratórios Tipo I. Fonte: *caput do art. 128 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Quirofonética

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é a técnica terapêutica de base antroposófica na qual o terapeuta quirofonético entoa sons da própria fala (vogais, consoantes, versos) en-

quanto realiza deslizamentos manuais pelo corpo do paciente, para despertar as forças internas de regeneração da saúde. O toque corporal na quirofonética obedece a movimentos específicos realizados especialmente nas costas, braços e pernas e, em geral, com o auxílio de óleos medicinais. Foi desenvolvida pelo médico alemão Alfred Baur, em 1972, e pode ser aplicada em diversas situações de adoecimento físico, psíquico ou deficiências motoras e cognitivas. Fonte: Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Ver também: Medicina Antroposófica (MA).

dada região, independente da capacidade de mobilização dos sindicatos envolvidos. A utilização deste critério pode se dar por avaliação epidemiológica dos casos notificados, denúncias sucessivas ou análise dos processos produtivos. O investimento da ação, neste caso, visa à mudança dos processos de forma integrada, sem a punição de uma empresa em particular, mas intervindo em todas as empresas daquele setor e, em especial, nas que apresentam grande concentração de trabalhadores, sempre buscando a atuação conjunta com os sindicatos das categorias expostas. Fonte: Anexo LXXIX da PRC GM/MS nº 5.

Quiropraxia

1. No âmbito da Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Músicotterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), abordagem de cuidado que utiliza elementos diagnósticos e terapêuticos manipulativos, visando o tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e dos efeitos destas na saúde em geral. São utilizadas as mãos para aplicar uma força controlada na articulação, pressionando além da amplitude de movimento habitual. É comum se ouvir estalos durante as manipulações, isso ocorre devido à abertura da articulação, que gera uma cavitação. O ajuste articular promovido pela Quiropraxia é aplicado em segmentos específicos e nos tecidos adjacentes com objetivo de causar influência nas funções articulares e neurofisiológicas a fim de corrigir o complexo de subluxação, cujo modelo é descrito como uma disfunção motora segmentar, o qual incorpora a interação de alterações patológicas em tecidos nervosos, musculares, ligamentosos, vasculares e conectivos. Fonte: Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Letra R

RAG ver Relatório Anual de Gestão

Ramo Produtivo como Critério em Saúde do Trabalhador

1. Consiste na atuação em todas as empresas com o mesmo perfil produtivo, capaz de se constituir em fonte de risco para a saúde, preponderantes numa

RAPS ver Rede de Atenção Psicossocial

RAS ver Rede de Atenção à Saúde

Rastreabilidade [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, habilidade de seguir a história, aplicação ou localização de um produto ou serviço por meio da identificação de registros. Fonte: inciso XXX do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.

RCBP ver Registro de Câncer de Base Populacional

Reabilitação

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidente e Violências, desenvolvimento de uma pessoa até o mais completo potencial físico, psicológico, social, profissional, não-profissional e educacional, compatível com seu comprometimento fisiológico, anatômico e limitações ambientais. Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.
2. Conjunto de ações e serviços orientados a desenvolver ou ampliar a capacidade funcional e desempenho dos indivíduos, proteger a saúde e prevenir agravos, de modo a contribuir para autonomia, acesso a direitos e participação em todas as esferas da vida social. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.
3. No âmbito de Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, segundo o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência da ONU, “é um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vista a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo,

proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais".
Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Reação Transfusional Imediata

1. Ocorre até 24 (vinte e quatro) horas depois de iniciada a transfusão. Fonte: parágrafo 1º do art. 206 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.

Readaptação

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, requer a adoção de medidas essenciais, tais como: diagnóstico epidemiológico dos portadores de sequelas; levantamento da situação dos serviços e sua adequação às necessidades; adequação dos espaços urbanos, domésticos, dos edifícios públicos e particulares, bem como dos meios de transporte, de modo a permitir a redução do número de acidentes e a livre locomoção dos pacientes, eliminando-se barreiras arquitetônicas e superando barreiras culturais; e incentivo às instituições empregadoras para que contratem portadores de sequelas. Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

REBRACIM ver Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos

REBRATS ver Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde

Receitas Vinculadas dos Estados e Distrito Federal

1. No âmbito do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), é receita de impostos de competência estadual, deduzidas as transferências obrigatórias aos Municípios, acrescidas das receitas oriundas de transferências da União, incluídos os seguintes impostos e receitas: a) Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS); b) Imposto sobre Propriedade de Veículo Automotivo (IPVA); c) Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCMD); d) cota-partes do Fundo de Participação dos Estados (FPE); e) cota-partes do Imposto sobre Produtos Industrializados decorrente de exportações (IPI-Exportação); f) cota-partes sobre o Imposto de Renda

Retido na Fonte (IRRF); g) transferências decorrentes da Lei Complementar no 87, de 13 de setembro de 1996 (Lei Kandir); e h) receita de dívida ativa, multas, correção monetária e juros de mora relativos aos impostos referidos nas alíneas "a", "b", "c", "e" e "f". Fonte: inciso IX do caput do art. 443 da PRC GM/MS nº 1.

Receitas Vinculadas dos Municípios e Distrito Federal

1. No âmbito do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), é receita de impostos de competência municipal acrescidas das receitas oriundas de transferências da União e dos Estados, incluídos os seguintes impostos e receitas: a) Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS); b) Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU); c) Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis (ITBI); d) cota-partes do Fundo de Participação dos Municípios (FPM); e) cota-partes do Imposto sobre a Propriedade Rural (ITR); f) cota-partes do Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF); g) cota-partes do ICMS; h) cota-partes do IPVA; i) cota-partes do IPI-Exportação; j) transferências decorrentes da Lei Complementar no 87, de 13 de setembro de 1996 (Lei Kandir); e k) receita de dívida ativa, multas, correção monetária e juros de mora relativos aos impostos referidos nas alíneas "a", "b", "c", "e", "f", "g", "h" e "i". Fonte: inciso X do caput do art. 443 da PRC GM/MS nº 1.

Receita Total

1. No âmbito do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), é o somatório das receitas correntes e de capital. Fonte: inciso VIII do caput do art. 443 da PRC GM/MS nº 1.

Recém-Nascido

1. No âmbito das Diretrizes de Organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco da Rede Cegonha, criança com idade entre 0 (zero) a 28 (vinte e oito) dias de vida. Fonte: caput do art. 65 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Recepção da Pele em Banco de Pele

1. No âmbito dos Bancos de Pele, é aquela que deve ser realizada conferência da documentação e das condições de embalagem do tecido transportado. Deverá ser realizado registro de entrada do tecido cutâneo no Registro de Entrada de Doadores, com identificação

única e exclusiva, que permita a rastreabilidade do doador. Os tecidos podem ser armazenados na sala de recepção por no máximo 72 (setenta e duas) horas, se previsto em protocolo, em refrigeradores mantendo temperatura de $4^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$, adequados e exclusivos para o armazenamento de tecidos, até sua transferência para a sala de processamento ou para a sala de armazenamento onde devem ser armazenados em equipamentos identificados para guarda de tecidos não liberados. Fonte: Anexo 6 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Recepção de Tecido em Banco de Pele

1. No âmbito dos Bancos de Pele, é aquela que se destina à recepção, registro e armazenamento temporário dos tecidos imediatamente após sua captação. Deve ser provida de congelador que atinja temperaturas iguais ou menores que 20°C negativos para recepção dos materiais a serem congelados e de refrigerador de $4 +/ - 2^{\circ}\text{C}$ para a recepção de tecidos refrigerados. Os materiais devem ser identificados e podem permanecer nesta área de estocagem por no máximo 72 (setenta e duas horas), quando então devem ser devidamente processados e transferidos para os ultracongeladores e os refrigeradores pertinentes localizados na área de armazenamento de tecidos propriamente dita. Fonte: Anexo 6 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Recepção de Tecidos em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos

1. No âmbito de Bancos de Tecido Musculoesquelético, é aquela que se destina-se à recepção, registro e armazenamento temporário dos tecidos imediatamente após sua captação. Deve ser provida de congelador que atinja temperaturas iguais ou menores que 20°C negativos para a recepção dos materiais a serem congelados e de refrigerador de $4 +/ - 2^{\circ}\text{C}$ para a recepção de tecidos refrigerados. Os materiais podem permanecer nesta área de estocagem por no máximo 5 (cinco) dias, quando então devem ser devidamente identificados e transferidos para os ultracongeladores e os refrigeradores pertinentes localizados na área de armazenamento de tecidos, propriamente dita. Fonte: Anexo 5 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Recepção do Tecido no Banco de Tecido Ocular

1. Deve ser realizada conferência da documentação e das condições de embalagem do tecido transportado. Deverá ser realizado registro de entrada do tecido ocular no Registro de Entrada de Doadores, com

identificação, única e exclusiva, que permita a rastreabilidade do doador. Os tecidos oculares que chegam ao BTOC deverão ser preservados no menor tempo possível. Fonte: Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Receptor Estrangeiro

1. No âmbito do Transplante de Células-tronco Hematopoéticas do Sistema Nacional de Transplantes, candidato a receber células-tronco hematopoéticas de doador brasileiro, que possua outra nacionalidade e que resida em outro país. Fonte: Anexo 21 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Receptor Nacional

1. No âmbito do Transplante de Células-tronco Hematopoéticas do Sistema Nacional de Transplantes, candidato a receber células-tronco hematopoéticas para fins de transplantes. Esse indivíduo pode ter nacionalidade brasileira ou ser cidadão estrangeiro naturalizado ou residente e domiciliado no Brasil. Fonte: Anexo 21 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Recoleta

1. No âmbito do controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, a ação de coletar nova amostra de água para consumo humano no ponto de coleta que apresentou alteração em algum parâmetro analítico. Fonte: inciso XVIII do caput do art. 5º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 5.

Reconstrução do Corpo do Doador em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos

1. Neste trabalho, devem ser utilizados materiais sintéticos ou biológicos que se aproximem da anatomia prévia à doação. É obrigatória a reconstrução do corpo do doador. Fonte: Anexo 5 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Recuperação

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, ato de recuperar, recobrar ou restaurar funções, membros ou segmentos corporais que foram atingidos por lesões ou traumas. Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

Recurso de Custeio ver Custeio

Recursos Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

1. No âmbito de normas gerais de credenciamento e habilitação do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, é aquele composto por: a) laboratório de Análises Clínicas que participe de programa de Controle de Qualidade; b) posto de coleta no local e resultados disponíveis nas 24 horas: bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, gasométricos, de líquidos orgânicos e de urina; c) serviço de Imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo ou superior, equipamento de radiologia portátil, Ecodoppler, Ecografia e Tomografia Computadorizada, compatíveis com obesos. Os exames de Tomografia Computadorizada e Ergometria poderão ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar cadastrados como terceiros no CNES; d) eletrocardiografia e Ergometria; e) hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, conforme legislação vigente; e f) farmácia. Fonte: *Anexo 4 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Recursos Humanos

1. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, a equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por: I – 01 (um) médico com formação em saúde mental; II – 01 (um) enfermeiro; III – 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e IV – 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Fonte: *parágrafo 3º do art. 23 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Recursos Tecnológicos e Humanos Acessíveis/Altamente Acessíveis

1. No âmbito da Rede de Atenção às Urgências, é aquele necessário ao atendimento aos pacientes em situação de urgência/emergência e pelos quais a unidade hospitalar se responsabiliza, garantindo com recursos do próprio hospital o acesso ao serviço ou profissional. Fonte: *parágrafo 4º do art. 20 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS)

1. Tem por objetivos: I – produzir e disseminar estudos e pesquisas prioritárias no campo de ATS; II – padronizar metodologias; III – validar e atestar a qualidade dos estudos; IV – promover capacitação profissional na área; e V – estabelecer mecanismos para monitoramento de tecnologias novas e emergentes. Fonte: *caput do art. 4º do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 3.*
2. Rede de centros colaboradores e instituições de ensino e pesquisa no País voltada à geração e à síntese de evidências científicas no campo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no Brasil e no âmbito internacional. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 3.*

Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM)

1. Rede de centros colaboradores no País voltada para execução de serviços e atividades direcionadas à produção e à difusão de informação sobre medicamentos, visando ao uso racional dessas tecnologias. Iniciativa de caráter técnico científico, com natureza e fins não lucrativos, dedicada à promoção do uso racional de medicamentos, constituída pelos Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos em funcionamento no Brasil. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XI da PRC GM/MS nº 3.*
2. São objetivos da REBRACIM: I – prestar informações sobre medicamentos aos profissionais de saúde, usuários e gestores do SUS, como forma de subsidiar, tecnicamente, o processo de atenção à saúde prestada ao paciente, aumentando a segurança e a qualidade do serviço; II – subsidiar as Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) dos serviços de saúde municipais, distrital e estaduais nas demandas de informação sobre medicamentos para elaboração das respectivas relações de medicamentos essenciais, formulários terapêuticos e protocolos clínicos, além de dar suporte à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no que se refere à seleção de informação para subsidiar as suas decisões; III – produzir, divulgar e disseminar materiais informativos sobre medicamentos; IV – promover a educação continuada de profissionais de saúde acerca da informação sobre medicamentos; V – trabalhar de forma articulada com as Instituições de Ensino Superior para formação de profissionais para o serviço de informação sobre medicamentos; VI – fortalecer a temática da informação sobre medicamentos para o uso racional nos currículos

de graduação e pós-graduação da área de saúde; VII – promover a articulação intersetorial para o fomento de projetos de pesquisa em estudos de utilização de medicamentos; VIII – contribuir com o Sistema Nacional de Farmacovigilância e com o Programa Nacional de Segurança do Paciente no tocante à segurança na utilização de medicamentos; e IX – fomentar a participação da sociedade nas ações de vigilância e atenção à saúde, voltadas para a informação sobre medicamentos, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular e à mobilização social.

Fonte: *caput do art. 4º do Anexo XI da PRC GM/MS nº 3.*

res de Ginecologistas para diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo de útero, bem como definir critérios de produção e qualificação para a certificação de serviços de confirmação diagnóstica e de tratamento dessas lesões, entre outras atividades que objetivem aperfeiçoar a linha de cuidado para a prevenção e tratamento do câncer do colo do útero. Fonte: *caput do art. 30 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

Rede de Apoio a Desprecarização do Trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde

1. Instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A Rede Cegonha tem como princípios: I – o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; II – o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; III – a promoção da equidade; IV – o enfoque de gênero; V – a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; VI – a participação e a mobilização social; e VII – a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos estados. São objetivos da Rede Cegonha: I – fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II – organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e III – reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. Organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam: I – Pré-Natal; II – Parto e Nascimento; III – Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV – Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

Rede de Atenção à Saúde (RAS)

1. No âmbito dos Elementos Informativos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores, incluindo ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população. Cumpre ressaltar que esta Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como componente estruturante a Vigilância em Saúde do Trabalhador, a ser desenvolvida de forma articulada com os demais componentes da Vigilância em Saúde e, especialmente, com a Atenção Primária à Saúde. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Seu objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização

Rede Cegonha

1. Instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A Rede Cegonha tem como princípios: I – o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; II – o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; III – a promoção da equidade; IV – o enfoque de gênero; V – a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; VI – a participação e a mobilização social; e VII – a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos estados. São objetivos da Rede Cegonha: I – fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II – organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e III – reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. Organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam: I – Pré-Natal; II – Parto e Nascimento; III – Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV – Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

Rede Colaborativa para a Qualificação do Diagnóstico e Tratamento das Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero

1. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, tem a responsabilidade de articular e promover a implantação de Centros Qualificado-

na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da AB como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

3. Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Fonte: *inciso IX do caput do art. 6º da Resolução MS 588 de 12/07/2018.*
4. No âmbito de Rede de Atenção à Saúde, são Redes Temáticas de Atenção à Saúde: I – Rede Cegonha; II – Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); III – Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; IV – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), V – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Fonte: *caput do art. 3º da PRC GM/MS nº 3.*
5. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Busca a reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS. Objetiva promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. No campo das políticas públicas, comprometida com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do Sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Nesse processo, o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e

impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania. A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados: I – Economia de Escala: Ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo, um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. Desta forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados, quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizem sua instalação em cada município isoladamente, II – Qualidade: um dos objetivos fundamentais do sistema de atenção à saúde e da RAS é a qualidade na prestação de serviços de saúde. A qualidade na atenção em saúde pode ser melhor compreendida com o conceito de graus de excelência do cuidado que pressupõe avanços e retrocessos nas seis dimensões, a saber: segurança (reconhecer e evitar situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar); efetividade (utilizar-se do conhecimento para implementar ações que fazem a diferença, que produzem benefícios claros aos usuários); centralidade na pessoa (usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas, e serem envolvidos e pró-ativos no cuidado à saúde); pontualidade (cuidado no tempo certo, buscando evitar atrasos potencialmente danosos); eficiência (evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas), e equidade (características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde); III – Suficiência: Significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, rea-

lizados com qualidade; IV – Acesso: Ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Deverão ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso, nas situações de populações dispersas de baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços. O acesso pode ser analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários; V – Disponibilidade de Recursos: Diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade. Considera-se que não há como prescrever um modelo organizacional único para as RAS, contudo as evidências mostram que o conjunto de atributos apresentados a seguir são essenciais ao seu funcionamento: I) População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde; II) Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos; III) Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde; IV) Prestação de serviços especializados em lugar adequado; V) Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; VI) Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população; VII) Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações; VIII) Participação social ampla; IX) Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; X) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; XI) Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;

XII) Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede; XIII) Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e XIV) Gestão baseada em resultado. Fonte: Anexo I da PRC GM/MS nº 3.

6. No âmbito do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores. Fonte: *inciso VI do caput do art. 2º da Decreto FED 7508 de 28/06/2011.*
7. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, RAS é a malha que integra os diversos pontos de atenção em determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados de forma regulada para o atendimento ao usuário. Fonte: *inciso XXII do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*
8. No âmbito de Operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica, constitui-se em arranjo organizativo formado por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulado de forma complementar e com base territorial, e tem diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Ver também: Modelo de Atenção à Saúde.

Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

1. Rede que objetiva: 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. Fonte: *caput do art. 4º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

2. Tem por componentes: I – Atenção Básica; II – Atenção Especializada, que se divide em: a) ambulatorial especializado; b) hospitalar; c) urgência e emergência; III – Sistemas de Apoio; IV – Sistemas Logísticos; V – Regulação; e VI – Governança. Fonte: *caput do art. 11 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Rede de Atenção às Urgências

1. Rede que tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Fonte: *parágrafo 1º do art. 3º do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

1. Constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências: I – ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos; II – garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes); III – regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; IV – humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; V – garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado; VI – articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção; VII – atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; VIII – atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da

atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde; IX – monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção; X – articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada; XI – participação e controle social dos usuários sobre os serviços; XII – fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos; XIII – regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e XIV – qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

2. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, a organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. É constituída pelos seguintes componentes: I – Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; II – Atenção Básica em Saúde; III – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; IV – Sala de Estabilização; V – Força Nacional de Saúde do SUS; VI – Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; VII – Hospitalar; e VIII – Atenção Domiciliar. Fonte: *parágrafo 1º do art. 3º do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovacular

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Cardiovacular de Alta Complexidade, as Secretarias de Estado da Saúde estabelecerão um planejamento regional hierarquizado para formar a Rede Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovacular, com a finalidade de prestar assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovacular que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados

como de Alta Complexidade. A Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular será composta por: I – Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular; e II – Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XXXI da PRC GM/MS nº 2.*

Rede de Atenção em Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, as Secretarias de Estado da Saúde estabelecerão um planejamento para formar uma rede hierarquizada, estadual ou regional, de atenção em alta complexidade em traumato-ortopedia, com a finalidade de prestar assistência a doentes com afecções do sistema músculo-esquelético que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de alta complexidade. A Rede de Atenção em Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia será composta por: I – Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia; e II – Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. Fonte: *caput do art. 6º do Anexo XXXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

1. Tem por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Tem por diretrizes: I – respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II – promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III – combate a estígmas e preconceitos; IV – garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V – atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI – diversificação das estratégias de cuidado; VII – desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; VIII – desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; IX – ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; X – organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; XI – promoção de estratégias de educação permanente; e XII – desenvol-

vimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. Tem por objetivos gerais: I – ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II – promover o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III – garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das Redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

2. A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: I – Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde: 1. Equipes de Atenção Básica; 2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas; 3. Equipe de Consultório na 4. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. 5. Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. b) Centros de Convivência e Cultura; II – Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades. b) Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas; III – Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros. IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Acolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial. V – Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; b) Hospital Psiquiátrico Especializado; c) Hospital dia; VI – Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos. VII – Estratégias de Reabilitação Psicossocial: a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Fonte: *caput do art. 5º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

1. Tem por objetivos gerais: I – ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência tem-

porária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS; II – promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e III – garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*

2. Tem por diretrizes: I – respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas; II – promoção da equidade; III – promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estígmas e preconceitos; IV – garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V – atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI – diversificação das estratégias de cuidado; VII – desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; VIII – ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; IX – organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; X – promoção de estratégias de educação permanente; XI – desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular; e XII – desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (MCT). Fonte: *caput do art. 2º do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*
3. Se organizará nos seguintes componentes: I – Atenção Básica; II – Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e III – Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Fonte: *caput do art. 11 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*

Rede de Distribuição

1. No âmbito do Controle e da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e seu Padrão de Potabilidade, a parte do sistema de abastecimento formada por tubulações e seus acessórios, destinados a distri-

buir água potável até as ligações prediais. Fonte: *inciso IX do caput do art. 5º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 5.*

Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS)

1. Tem por objetivos: I – estimular a elaboração de projetos de formação e capacitação em consonância com as reais necessidades do SUS; II – incentivar a realização de programas de cooperação técnica entre as instituições formadoras e as diversas instâncias de gestão do SUS; e III – viabilizar a execução de projetos de pesquisas na área de formação e de capacitação de pessoal para a gestão estratégica do SUS. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 3.*

Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RETSUS)

1. Tem por objetivos: I – compartilhar informações e conhecimentos; II – buscar soluções para problemas de interesse comum; III – difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de educação profissional em saúde, prioritariamente para os trabalhadores do SUS; e IV – promover a articulação das instituições de educação profissional em saúde no país, para ampliar sua capacidade de atuação em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo XII da PRC GM/MS nº 3.*

Rede de Frio

1. No âmbito do Programa Nacional de Imunizações, sistema dotado de estrutura física e técnico administrativa, orientado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), por meio de normatização (coordenação), planejamento, avaliação e financiamento, visando à manutenção adequada da Cadeia de Frio. Fonte: *inciso I do parágrafo único do art. 388 da PRC GM/MS nº 5.*
2. Sistema dotado de estrutura física e técnico-administrativa, orientado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), por meio de normatização (coordenação), planejamento, avaliação e financiamento, visando à manutenção adequada da Cadeia de Frio. Fonte: *inciso I do caput do art. 770 da PRC GM/MS nº 6.*

Ver também: Cadeia de Frio.

Rede de Pesquisa em Saúde

1. No âmbito das Redes de Atenção à Saúde, são Redes de Pesquisa em Saúde: I – Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (RNPS); II – Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde (RNPPS); III – Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em Hospitais de Ensino; IV – Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC); V – Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC); VI – Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC); VII – Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDN); VIII – Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC); IX – Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (RENEZIKA); X – Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA); XI – Políticas Informadas por Evidências (EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK – EVIPNET). Fonte: *caput do art. 5º da PRC GM/MS nº 3.*

Rede de Serviço de Saúde

1. No âmbito das Redes de Atenção à Saúde, são Redes de Serviço de Saúde: I – Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso; II – Redes Estaduais de Assistência a Queimados; III – Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; IV – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST); V – Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM); VI – Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS); VII – Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS); VIII – Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). Fonte: *caput do art. 4º da PRC GM/MS nº 3.*

Rede Estadual de Assistência a Queimados

1. Cria os mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. As Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal organizarão suas respectivas Redes Estaduais de Assistência a Queimados que serão integradas por: I – Hospitais Gerais; embora não especializado na assistência a queimados, seja cadastrado pelo SUS e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para realizar o primeiro atendimento, ambulatorial e de internação hospitalar aos pacientes com queimaduras; e II – Centros de Referência em Assistência a Queimados: hospitais/serviços, devidamente cadastrados como tal, que, dispondo de um maior nível de complexidade, condi-

ções técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos para o atendimento a pacientes com queimaduras, sejam capazes de constituir a referência especializada na rede de assistência a queimados.. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 3.*

Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso

1. Institui mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde que, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades, adotarão as providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e à organização/habilitação e cadastramento dos Centros de Referência que integrarão estas redes. As Redes deverão ser integradas por: I – Hospitais Gerais: embora sem as especificidades assistenciais dos Centros de Referência, seja integrante do Sistema Único de Saúde e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para realizar o atendimento geral a pacientes idosos, no nível ambulatorial e de internação hospitalar. II – Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso: hospital que, devidamente cadastrado como tal, disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada envolvendo as diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, e tenha capacidade de se constituir em referência para a rede de assistência à saúde dos idosos. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo VII da PRC GM/MS nº 3.*

Rede Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, tem por finalidade prestar assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de Alta Complexidade. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XXXI da PRC GM/MS nº 2.*

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)

1. A RIPSA terá os seguintes mecanismos de funcionamento: I – Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), fórum principal incumbido do planejamento participativo e da condução técnica dos trabalhos da Rede, com atribuição de assessoria especializada ao Conselho Nacional de Saúde, por força da Resolução CNS nº 279, de 6 de maio de 1998, e será integrada por representantes de instituições que se destacam na produção, na análise e na disseminação de dados e informações nacionais; II – Comitês de Gestão de Indicadores (CGI), constituídos por entidades vinculadas a cada subconjunto temático de trabalho, com a responsabilidade de aperfeiçoar continuamente as bases de dados, mediante análises e adequações periódicas; e III – Comitês Temáticos Interdisciplinares (CTI), constituídos, temporariamente, por proposição da OTI, para aprofundar a análise de questões metodológicas e operacionais relacionadas aos produtos da Rede. Fonte: *caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 3.*
2. Tem por objetivos: I – estabelecer base de informações essenciais e consistentes sobre as condições de saúde no País, facilmente acessíveis pelos diversos tipos de usuários e construídas mediante processo interinstitucional de trabalho; II – articular a participação de instituições que contribuam para a produção, a crítica e a análise de dados e indicadores relativos às condições de saúde; III – implementar mecanismos de apoio para o aperfeiçoamento permanente da produção de dados e informações; IV – promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informação da administração pública; V – contribuir para o estudo de aspectos de reconhecida relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro; VI – fomentar mecanismos indutores do uso de informações essenciais para orientar processos decisórios no âmbito do SUS; e VII – promover ações de intercâmbio que aprimorem a gestão do conhecimento em saúde. Fonte: *caput do art. 1º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 3.*

Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos (REMATO)

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, tem, por objetivo, atender às demandas do Sistema Único de Saúde no que se refere ao monitoramento da qualidade de implantes ortopédicos comercializados no país. E cabe-lhe: I – promover ações voltadas à qualidade e

segurança dos implantes ortopédicos, de forma a evitar a exposição da população a produtos sem evidência de segurança e eficácia em seu consumo; II – fomentar a adequação e modernização dos laboratórios que venham a prestar serviços e contribuir com a qualificação do complexo industrial da saúde na área de implantes ortopédicos; III – atuar como facilitador na implantação e ampliação de sistemas de gestão de qualidade laboratorial com padrões internacionais; IV – contribuir para a implementação das diretrizes relacionadas à avaliação da qualidade e eficácia de implantes ortopédicos no país; V – propor a organização de eventos de interesse na área com vista à capacitação dos profissionais para avaliação de implantes ortopédicos; VI – contribuir para a difusão do conhecimento sobre implantes ortopédicos; VII – apoiar os laboratórios da rede nas ações voltadas a serviços tecnológico; e VIII – apoiar tecnicamente o Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Brasileiro de Tecnologia (SIBRATEC), quanto a temática implantes e instrumentais ortopédicos. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XXXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)

1. Para a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, serão organizadas e implantadas: I – Ações na rede de Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família (PSF). II – Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). III – Ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo X da PRC GM/MS nº 3.*
2. A implementação da RENAST dar-se-á do seguinte modo: I – estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); II – inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; III – implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador; IV – instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinelas em Saúde do Trabalhador; e V – caracterização de Municípios Sentinelas em Saúde do Trabalhador. Fonte: *parágrafo 3º do art. 14 do Anexo X da PRC GM/MS nº 3.*

Rede Nacional de Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para Transplantes de Células-Tronco Hematopoiéticas (BrasilCord)

1. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, rede pública formada pelos Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP) já existentes e em operação no Instituto Nacional de Câncer (INCa/Rio de Janeiro) e no Hospital Israelita Albert Einstein (HIEA/São Paulo) e pelos que vierem a ser implantados, com base nas necessidades epidemiológicas, na diversidade étnica e genética da população brasileira e segundo critérios a serem estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Fonte: parágrafo único do art. 185 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (RENEZIKA)

1. Tem por objetivos: I – subsidiar o Ministério da Saúde com informações de pesquisas relacionadas ao vírus Zika e doenças correlatas no âmbito da vigilância, prevenção, controle, mobilização social, atenção à saúde e ao desenvolvimento científico e tecnológico; II – contribuir na formulação e aperfeiçoamento de protocolos e outros documentos técnicos do Ministério da Saúde relativos ao tema; III – fortalecer a capacidade de produção de análises epidemiológicas e desenvolvimento de projetos de pesquisa prioritários sobre o assunto para o Sistema Único de Saúde (SUS); IV – buscar fontes potenciais de financiamento para pesquisas relacionadas ao tema, otimizando a seleção e execução de parcerias; V – promover a participação em eventos de pesquisa, desenvolvimento e inovação tecnológica; VI – apoiar e organizar eventos com especialistas nesta área de atuação; e VII – fomentar o desenvolvimento de estudos multicêntricos sobre o vírus Zika e doenças correlatas. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XXIII da PRC GM/MS nº 3*.

Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC)

1. Tem por objetivos: I – desenhar, propor, implementar e acompanhar protocolos clínicos colaborativos entre as instituições de pesquisa; II – certificar protocolos de pesquisa clínica em câncer; III – capacitar recursos humanos; IV – qualificar a atenção oncológica, incentivando a definição e implantação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; e V – produzir, sistematizar e difundir conhecimentos voltados à melhoria

da qualidade da atenção oncológica. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XVIII da PRC GM/MS nº 3*.

Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino (RNPC)

1. Tem por objetivos: I – desenvolver todas as fases de ensaios clínicos de medicamentos, produtos, procedimentos, equipamentos e dispositivos para diagnósticos em seres humanos, de acordo com os requisitos éticos nacionais e internacionais, bem como as Boas Práticas Clínicas e as normas de Vigilância Sanitária; II – capacitar recursos humanos em pesquisa clínica; e III – instituir e coordenar as sub-redes de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino, considerando as diferentes especialidades das Ciências da Saúde. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XVII da PRC GM/MS nº 3*.

Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC)

1. Tem por objetivos: I – desenvolver atividades de pesquisa científica, pré-clínicas e clínicas, em doenças cardiovasculares, que contribuam de modo efetivo para o avanço do conhecimento, a geração de produtos, a formulação, implementação e avaliação de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população brasileira; e II – capacitar recursos humanos na área cardiovascular. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XIX da PRC GM/MS nº 3*.

Rede Nacional de Pesquisa em Saúde (RNPS)

1. Articulação cooperativa entre instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas, e pesquisadores, que visam o desenvolvimento científico e tecnológico que priorize as necessidades e demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XV da PRC GM/MS nº 3*.

Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC)

1. Tem por objetivos: I – propor, implementar e acompanhar pesquisas colaborativas entre as instituições de ensino e pesquisa em acidentes vasculares cerebrais (AVC); II – capacitar técnica e científicamente no âmbito acadêmico e dos serviços de saúde; e III – produzir, sistematizar e difundir conhecimentos voltados à melhoria da qualidade da prevenção, tratamento e promoção da saúde com foco no AVC. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 3*.

Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDN)

1. Tem por objetivos: I – desenvolver atividades de pesquisa científica, tecnológica e a inovação em Doenças Negligenciadas, que contribuam de modo efetivo para o avanço do conhecimento, a geração de produtos, a formulação, implementação e avaliação de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população brasileira; II – capacitar recursos humanos em pesquisas em Doenças Negligenciadas; e III – instituir e coordenar as sub-redes de Pesquisa em Doenças Negligenciadas, considerando as diferentes doenças. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 3.*

Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde (RNPPS)

1. Tem por objetivos: I – desenvolver pesquisas sobre políticas de saúde, visando à produção de conhecimento para a efetivação do direito universal à saúde; II – capacitar recursos humanos em pesquisas sobre Políticas de Saúde; e III – instituir e coordenar as sub-redes de Pesquisa sobre Políticas de Saúde, considerando as diferentes especialidades das Ciências da Saúde. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 3.*

Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde

1. Tem como objetivos: I – promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais; II – implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas intersetoriais e intra-setoriais; III – fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco; IV – intercambiar as formas de participação da sociedade civil, organizações não-governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano nas várias esferas de gestão; e V – acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas várias esferas de gestão. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo IX da PRC GM/MS nº 3.*

Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC)

1. Tem por objetivos: I – estruturar o esforço nacional de pesquisa em terapia celular por meio do trabalho

em rede dos grupos de pesquisa integrantes da RNTC; II – fortalecer a infraestrutura de pesquisa existente no país em terapia celular, otimizando os recursos humanos e materiais disponíveis; III – induzir a busca de novas parcerias, tendo por objetivo o aumento da eficiência e da competitividade institucional; e IV – estimular as equipes de pesquisa em terapia celular a produzirem um sistema de acesso comum aos dados produzidos pelas pesquisas que envolvem esta temática. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 3.*

Redes Temáticas de Atenção à Saúde

1. São Redes Temáticas de Atenção à Saúde: I – Rede Cegonha, na forma do Anexo II; II – Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), na forma do Anexo III; III – Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, na forma do Anexo IV; IV – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na forma do Anexo V; V – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo VI. Fonte: *caput do art. 3º da PRC GM/MS nº 3.*

REDOME ver Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea

Redução da Morbimortalidade nos Diversos Ciclos de Vida ver Ações e Serviços de Promoção da Saúde

Redução de Danos Sociais e à Saúde Decorrentes do Uso de Produtos, Substâncias ou Drogas que Causem Dependência

1. Desenvolver-se-á por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo. Fonte: *caput do art. 90 da PRC GM/MS nº 5.*
2. Compreende uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde, listadas a seguir, praticadas respeitando as necessidades do público alvo e da comunidade: I – informação, educação e aconselhamento; II – assistência social e à saúde; e III – disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites. Fonte: *caput do art. 91 da PRC GM/MS nº 5.*

Reflexoterapia

1. No âmbito da Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Misticoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), também conhecida como reflexologia, é uma prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. São massageados pontos-chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente. As áreas do corpo foram projetadas nos pés, depois nas mãos, na orelha e também em outras partes do corpo, passando a ser conhecida como microssistemas, que utiliza o termo "Terapias Reflexas", Reflexoterapia ou Reflexologia. Fonte: Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Reforma

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), obras de conservação ou manutenção que não acarretem supressão ou acréscimo de área construída, tais como demolição e construção de paredes internas, pinturas, reparos em revestimentos, substituição de materiais de revestimento de piso, parede ou forro, substituição do tipo de telha ou manutenção da cobertura do bem, manutenção de instalações elétricas, instalações hidrossanitárias, rede de dados, substituição de esquadrias e obras de adequação para acessibilidade de acordo com critérios e parâmetros técnicos observados na ABNT NBR 9050:2015. Fonte: inciso XX do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.

Reformulação do Plano de Trabalho

1. Consiste em um meio pelo qual, mediante proposta apresentada pelo convenente, permite-se alterar a programação da execução de convênio, depois de analisada pela área técnica e submetida à aprovação

da autoridade responsável pelo órgão concedente, dispensando-se a celebração de Termo Aditivo, nos termos do § 3º do artigo 20 da Portaria Interministerial nº 424/MP/MF/CGU, de 30 de dezembro de 2016. Fonte: parágrafo 4º do art. 562 da PRC GM/MS nº 6.

REGESUS ver Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde

Região de Saúde ou Abrangência na Rede de Atenção à Saúde

1. No âmbito do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, a Região de Saúde é delimitada a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT. Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios. A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais. Fonte: inciso I do caput do art. 2º da Decreto FED 7508 de 28/06/2011.
2. No âmbito de Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIP-FA), Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Fonte: inciso XVIII do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.
3. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, o espaço territorial complexo, organizado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território. Implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. Fonte: Anexo I da PRC GM/MS nº 3.

Regionalização

1. No âmbito do Componente de Qualificação da Gestão, no Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, tem como objetivo: apoiar o desenvolvimento e manutenção do PDR Apoiar a organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional; SIS Fronteira; Promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira e contribuir para o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços. Fonte: Anexo II da PRC GM/MS nº 6.
2. Diretriz do SUS e eixo estruturante para orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e para organizar a Rede de Atenção à Saúde. Fonte: alínea a do inciso I do caput do art. 9º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.
3. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCF), princípio organizativo do SUS que garante acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional transcende a escala local/municipal, orientando-se pelos modos de territorialização das populações. Fonte: inciso XIX do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.

Registro Brasileiro de Cirurgia Tráumato-Ortopédica

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, é aquele que tem por finalidade prover a Autorização de Internação Hospitalar - AIH - de dados para rastreamento e avaliação futura de procedimentos, tornando-o de preenchimento obrigatório. Fonte: inciso III do caput do art. 10 do Anexo XXXIV da PRC GM/MS nº 2.

Registro Brasileiro de Receptores de Medula Óssea (REREME)

1. No âmbito do Transplante de Células-tronco Hematopoéticas do Sistema Nacional de Transplantes, ou outros precursores hematopoéticos, composto dos dados pessoais e resultados dos exames de possíveis receptores. O REREME utiliza o sistema informatizado de gerenciamento da lista única de receptores de células-tronco hematopoéticas alogênicas, denominado pelo mesmo nome. Fonte: Anexo 21 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP)

1. No âmbito da Prevenção e Controle do Câncer, constitui-se de ferramenta de vigilância e monitoramento de neoplasias destinado a estimar incidências, taxas de mortalidade e de sobrevida, por meio da coleta, análise, interpretação e divulgação sistemática em uma população e períodos de tempo específicos. Fonte: *caput do art. 189 da PRC GM/MS nº 5.*

Registro de Medicamentos

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, ato privativo ao órgão competente do Ministério da Saúde destinado a conceder o direito de fabricação do produto. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Registro em Banco de Tecido Ocular

1. Obrigatório o registro de entrada, de liberação e de reingresso de tecidos oculares. O registro pode ser feitos em livros exclusivos para esse fim ou em arquivos informatizados com cópias de segurança e garantia de inviolabilidade. Fonte: Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Registro Nacional de Células Tronco Hematopoéticas (RENACORDE)

1. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, tem por objetivo promover a integração dos dados das amostras coletadas nos BS-CUP, monitorar e controlar a qualidade e o processo de distribuição, segundo lista única de receptores. Fonte: *caput do art. 189 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Registro Nacional de Dadores de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (RENACORD)

1. No âmbito de Transplante de Células-tronco Hematopoéticas do Sistema Nacional de Transplantes, é o Registro Nacional de Dadores de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário. Fonte: Anexo 21 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Registro Nacional de Dadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME)

1. No âmbito do Transplante de Células-tronco Hematopoéticas do Sistema Nacional de Transplantes, composto dos dados pessoais e resultados dos exames de

possíveis doadores. Fonte: *Anexo 21 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4*.

2. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, exclusivo meio de recebimento de solicitação e de autorização do envio de amostra de doador brasileiro compatível com receptor estrangeiro, inclusive quando a amostra for de sangue de cordão umbilical e placentário identificada em estabelecimento integrante da rede BRASILCORD. É vedada a qualquer laboratório de histocompatibilidade ou centro de transplante, a comunicação direta com registro internacional com vistas ao envio para o exterior de amostras de células-tronco hematopoéticas. Fonte: *caput do art. 135 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4*.

Registro Obrigatório [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, registro relacionado diretamente com o cadastro e triagem de doadores de sangue, procedimentos de coleta, preparo e modificação dos componentes sanguíneos, exames de qualificação do sangue do doador e dos procedimentos pré-transfusionais, da transfusão e das complicações relacionadas a transfusões, permitindo, desta forma, a completa rastreabilidade do processo. Fonte: *inciso XXXI do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5*.

Regulação

1. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde, nos seguintes termos para o Componente Regulação: responsável pela organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com câncer, com atuação de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde. Fonte: *inciso V do caput do art. 26 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2*.

Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

1. No âmbito do Componente de Qualificação da Gestão, no Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, tem

como objetivo: apoiar funcionamento dos Complexos Reguladores; apoiar os sistemas estaduais, municipais e do Distrito Federal de Auditoria; implantar ações de monitoramento e avaliação nos estados e municípios. Fonte: *Anexo II da PRC GM/MS nº 6*.

Regulação (em parceria com a Anvisa e o Inmetro) em Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde

1. Amplia a capacidade laboratorial para: equipamentos de radiodiagnóstico; compatibilidade eletromagnética de equipamentos médicos; segurança e desempenho de equipamentos médicos; e implantes ortopédicos. Normalização de Produtos Médicos; internalização de normas técnicas internacionais aplicáveis a produtos médicos; acompanhamento do desenvolvimento de normas técnicas internacionais; uso da certificação Inmetro como instrumento para a garantia da qualidade de produtos de uso em saúde; e promover condições para que as empresas operem em conformidade com os regulamentos da Anvisa. Fonte: *Anexo XCIV da PRC GM/MS nº 5*.

Regulação Assistencial em Gestão da Saúde

1. No âmbito de tipificação de estabelecimentos em saúde, compreende a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais, por meio de autoridade sanitária exercida por profissional de saúde no seu âmbito de atuação legal, para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. Inclui-se as atividades de regulação assistencial realizadas tanto pelo Sistema Único de Saúde quanto pelas operadoras de planos de saúde, seja hospitalar ou ambulatorial, eletiva ou de urgência, as atividades de regulação de ambulâncias públicas ou privadas. Fonte: *Anexo XV da PRC GM/MS nº 1*.

Regulação da Atenção à Saúde

1. No âmbito de Política Nacional de Regulação, é exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde: tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos

seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS. Fonte: *inciso II do caput do art. 2º do Anexo XXVI da PRC GM/MS nº 2.*

Regulação de Sistemas de Saúde

- No âmbito de Política Nacional de Regulação, tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas. Fonte: *inciso I do caput do art. 2º do Anexo XXVI da PRC GM/MS nº 2.*

Regulação do Acesso à Assistência

- No âmbito de Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários e contempla as seguintes ações: I – regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; II – controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; III – padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e IV – estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes. Fonte: *caput do art. 5º do Anexo XXVI da PRC GM/MS nº 2.*
- No âmbito de Política Nacional de Regulação, é também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais

e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. Fonte: *inciso III do caput do art. 2º do Anexo XXVI da PRC GM/MS nº 2.*

Regulação Médica das Urgências

- No âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), operacionalizada através das Centrais de Regulação Médica de Urgências, é um processo de trabalho através do qual se garante escuta permanente pelo Médico Regulador, com acolhimento de todos os pedidos de socorro que acorrem à central e o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência até a finalização do caso e assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, de acordo com grades de serviços previamente pactuadas, pautadas nos preceitos de regionalização e hierarquização do sistema. Fonte: *Anexo 4 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos

- Tem o objetivo de regulamentar a atividade hemoterápica no País, de acordo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados, no que se refere à captação, proteção ao doador e ao receptor, coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão do sangue, de seus componentes e derivados, originados do sangue humano venoso e arterial, para diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Reiki

- No âmbito da Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença também presente em outros sistemas terapêuticos, considera

a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral. A terapêutica objetiva fortalecer os locais onde se encontram bloqueios - "nós energéticos" - eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, de forma a restabelecer o fluxo de energia vital. A prática promove a harmonização entre as dimensões físicas, mentais e espirituais. Estimula a energização dos órgãos e centros energéticos. A prática do Reiki, leva em conta dimensões da consciência, do corpo e das emoções, ativa glândulas, órgãos, sistema nervoso, cardíaco e imunológico, auxilia no estresse, depressão, ansiedade, promove o equilíbrio da energia vital. Fonte: Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES)

1. Compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário, para atendimento da integralidade da assistência à saúde, em atendimento ao disposto no art. 22 do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 e no art. 7º, inciso II da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Fonte: *caput do art. 14 da PRC GM/MS nº 1.*
2. A RENASES está organizada nos seguintes componentes: I – ações e serviços da atenção básica (primária); II – ações e serviços da urgência e emergência; III – ações e serviços da atenção psicossocial; IV – ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; V – ações e serviços da vigilância em saúde. As ações e serviços descritos na RENASES contemplam, de forma agregada, toda a Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS. Fonte: *art. 16 da PRC GM/MS nº 1.*
3. No âmbito do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde. A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação deste Decreto são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta. Fonte: *caput do art. 21 da Decreto FED 7508 de 28/06/2011.*
4. No âmbito dos Elementos Informativos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, compreende todas as ações e serviços que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece ao usuário para atendimento da integralidade que se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento

do usuário na rede regional e interestadual conforme pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A organização e a integração das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde, inclusive as de saúde do trabalhador, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários do SUS é objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde. Fonte: Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.

Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis (RENEM)

1. Relação de equipamentos e materiais permanentes considerados financiáveis pelo Ministério da Saúde por meio de propostas de projetos de órgãos e entidades públicas e privadas sem fins lucrativos vinculadas à rede assistencial do SUS, Contém as configurações e acessórios permitidos, os preços de referência e outras informações relacionadas aos equipamentos e materiais permanentes financiáveis e pode ser acessada no Portal da Saúde, por meio do endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br/sigem e buscam proporcionar condições básicas para que os órgãos e entidades, públicas e privadas, vinculadas ao SUS possam realizar de forma segura e eficaz o atendimento à população. Fonte: *caput do art. 670 da PRC GM/MS nº 6.*

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, o elenco de medicamentos e insumos da RENAME encontra-se definido e organizado a partir do emprego dos seguintes critérios: I – os medicamentos utilizados na Atenção Básica são aqueles constantes da Relação Nacional dos Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; II – a Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar consiste nos medicamentos descritos nominalmente em códigos específicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS, cujo financiamento ocorre por meio de procedimento hospitalar; III – as vacinas e soros integram a Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; IV – a Anatomical Therapeutic Chemical, da Organização Mundial da Saúde (ATC/MS), utilizando-se o Subgrupo Farmacológico (3º Nível ATC) e o Subgrupo Químico (4º Nível ATC); V – as indicações terapêuticas definidas no Formulário Terapêutico Nacional (FTN), nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e/ou diretrizes específicas publi-

cadas pelo Ministério da Saúde foram empregadas para a alocação dos medicamentos na RENAME; e VI – inclusão dos medicamentos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Fonte: *caput do art. 4º do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos. Fonte: *caput do art. 25 da Decreto FED 7508 de 28/06/2011.*
3. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a seguinte estrutura: I – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; II – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; III – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; IV – Relação Nacional de Insumos; e V – Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Ver também: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) (CONITEC).

Relatório

1. No âmbito do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), é o conjunto de informações que reportam resultados parciais ou totais de uma determinada atividade. Fonte: *inciso XI do caput do art. 443 da PRC GM/MS nº 1.*

Relatório Anual de Gestão (RAG)

1. Conterá as ações e serviços efetuados no âmbito da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde e sua execução orçamentária e será elaborado em conformidade com as orientações previstas na Portaria de Consolidação nº 1, no Capítulo das Diretrizes do Processo de Planejamento no Âmbito do SUS, encontrando-se disponível para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria. Fonte: *parágrafo 1º do art. 45 do Anexo XXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

Relatório de Gestão [no Planejamento da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)]

1. No âmbito do Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), o relatório detalhado do quadriestre anterior é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação. Fonte: *caput do art. 100 da PRC GM/MS nº 1.*
2. No âmbito do Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. Fonte: *caput do art. 99 da PRC GM/MS nº 1.*

REMATO ver Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos

Remessa de Insumo [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, cada entrega do insumo ou reagente recebida pelo serviço de hemoterapia, podendo ser composta por 1 (um) ou mais lotes de um mesmo produto. Fonte: *inciso XXXII do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Remessa de Reagente [Procedimentos Hemoterápicos] ver Remessa de Insumo [Procedimentos Hemoterápicos]

Removido por Recusas Sistemáticas

1. Potencial receptor inscrito para transplante de córneas que cumular cinco recusas por parte da equipe à oferta de tecidos pela CNCDO, por 5 (cinco) vezes, de doadores diferentes e em datas distintas é condição para remoção automática pelo SIG. Fonte: *inciso II do parágrafo 1º do art. 120 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Removido por Semi-Atividade Prolongada

1. Potencial receptor inscrito para transplante de córnea, que permanecer 120 dias cumulativos no status SEMI-ATIVO é condição para remoção automática pelo SIG. Fonte: *inciso I do parágrafo 1º do art. 120 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

RENACORD ver Registro Nacional de Doadores de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário

RENACORDE ver Registro Nacional de Células Tronco Hematopoiéticas

RENAME ver Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENASES ver Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RENAST ver Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RENEM ver Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis

RENEZIKA ver Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas

Reparos

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), conjunto de operações para corrigir danos incipientes e de pequena repercussão, em bens móveis, imóveis ou equipamentos. Fonte: *inciso XXI do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Representante Legal [Programa Farmácia Popular do Brasil]

1. No âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), são: I – declarado por sentença judicial; II – portador de instrumento público de procuração que outorgue plenos poderes ou poderes específicos para aquisição de medicamentos e/ou correlatos junto ao PFPB; III – portador de instrumento particular de procuração com reconhecimento de firma, que outorgue plenos poderes ou poderes específicos para aquisição de medicamentos e/ou correlatos junto ao PFPB;

e IV – portador de identidade civil que comprove a responsabilidade pelo menor de idade, titular da receita médica. Fonte: *parágrafo 1º do art. 25 do Anexo LXXVII da PRC GM/MS nº 5.*

Requisitos para o Prêmio de Qualidade em Assistência Hospitalar

1. Tem como requisitos: ser hospital integrante do Sistema Único de Saúde; ter realizado internações hospitalares de pacientes do Sistema Único de Saúde no ano com um número mínimo de 20 (vinte) respostas à pesquisa de satisfação encaminhadas ao Ministério da Saúde. A participação no Concurso para os hospitais que cumpram os requisitos supramencionados é automática, não necessitando, portanto, de inscrição prévia. Fonte: *Anexo XXXIII da PRC GM/MS nº 1.*

REREME ver Registro Brasileiro de Receptores de Medula Óssea

Reserva Extrativista

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCA), unidade de conservação de uso sustentável, habilitada por populações que utilizam os recursos naturais como meios de produção e renda familiar em manejo. Fonte: *inciso XX do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.*

Resolução

1. No âmbito de Atenção Primária à Saúde, é a função que visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Resolutividade

1. No âmbito de Políticas Nacionais de Atenção Básica, reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário. 2. No âmbito de Políticas Nacionais de Atenção Básica, é a capacidade de identificar e intervir nos riscos, neces-

sidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial, até demais ações e serviços da AB de que o usuário necessite. Para tanto, é preciso garantir amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado, encaminhando de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado. Isso inclui o uso de diferentes tecnologias e abordagens de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades das equipes de saúde para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde, e redução de danos. Importante promover o uso de ferramentas que apoiem e qualifiquem o cuidado realizado pelas equipes, como as ferramentas da clínica ampliada, gestão da clínica e promoção da saúde, para ampliação da resolutividade e abrangência da AB. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.

Responsabilidade Sanitária

1. No âmbito de Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, é comum às três esferas de gestão do SUS - federal, estadual e municipal, e deve ser desempenhada por meio da formulação, financiamento e gestão de políticas de saúde que respondam às necessidades sanitárias, demográficas e sócio-culturais das populações e superem as iniquidades existentes. Fonte: Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.

Responsabilidades das Unidades Integrantes do SUS para a Adequada Assistência à Mulher e ao Recém-Nascido no Momento do Parto

1. No âmbito de princípios gerais e condições para a adequada assistência ao parto, todas as Unidades Integrantes do SUS têm como responsabilidades: 1. atender a todas as gestantes que as procurem; 2. garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem; 3. estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente; 4. transferir a gestante e ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário; 5. estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal, conforme determinação do gestor local; 6. garantir a presença de pediatra na sala de parto; 7. realizar o exame de VDRL na mãe; 8. admitir a visita do pai sem restrição de horário; 9. garantir a realização das seguintes atividades: Realização de partos normais

e cirúrgicos, e atendimento a intercorrências obstétricas; recepcionar e examinar as parturientes; assistir as parturientes em trabalho de parto; garantir a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos; proceder à lavagem e antisepsia cirúrgica das mãos; assistir a partos normais; realizar partos cirúrgicos; assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita; assistir ao abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intrauterina (AMIU); prestar assistência médica e de enfermagem ao recém-nascido; elaborar relatórios médico e enfermagem e fazer registro de parto; registrar a evolução do trabalho de parto em partograma; proporcionar cuidados no pós-anestésico e no pós-parto; garantir o apoio diagnóstico necessário; 10. dispor dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à adequada assistência ao parto. Fonte: Anexo LXXXII da PRC GM/MS nº 5.

Responsabilidade Técnica

1. No âmbito de tipificação de estabelecimentos em saúde, a introdução do conceito de “responsabilidade técnica” vem de encontro da legislação vigente, já que não se pode desempenhar ações e serviços de saúde sem que exista a figura de uma pessoa física legalmente responsável por elas. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Responsabilização

1. No âmbito de Atenção Primária à Saúde, visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam. Fonte: Anexo I da PRC GM/MS nº 3.

Responsabilização Sanitária

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, é o papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adscrição), considerando questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidemiológicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc) ou mesmo trabalhadores da área

adstrita. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Responsável Administrativo

1. No âmbito de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, pessoa física proprietária ou competente para administrar ou gerenciar um estabelecimento de saúde. Fonte: *inciso IV do caput do art. 360 da PRC GM/MS nº 1.*

Responsável de Enfermagem

1. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, profissional enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem. Fonte: *inciso XII do caput do art. 40 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Responsável pelo Registro da Entrada do Paciente

1. No âmbito de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde e no que tange à emissão de AIH, é o responsável pelo serviço de registro da unidade que prestou atendimento, que colhe o máximo possível de informações pessoais e sobre a ocorrência. Fonte: *Anexo XLIX da PRC GM/MS nº 5.*

Responsável pelo Registro do Paciente

1. No âmbito de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde e no que tange à emissão de AIH, é médico(a) que atende o paciente. Fonte: *Anexo XLIX da PRC GM/MS nº 5.*

Responsável Técnico

1. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, profissional médico responsável pelas atividades médicas do serviço. Fonte: *inciso XI do caput do art. 40 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*
2. No âmbito de Bancos de Tecido Musculoesquelético, este profissional deve ser capacitado para coordenar as atividades a serem executadas pelo Banco (seleção, captação, processamento, distribuição e controles de qualidade de tecidos), sendo responsável por estabelecer e supervisionar a atuação do Banco, o treinamento de pessoal e por exercer a supervisão das equipes técnicas de atuação externa. A responsabilidade técnica envolve ainda a avaliação do procedimento terapêutico proposto no que diz respeito à melhor indicação e uso clínico do tecido solicitado, bem como da necessidade de atendimento imediato e de considerações sobre as dimensões e tipo de processamento do tecido solicitado. Fonte: *Anexo 5 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*
3. No âmbito de Bancos de Pele, este profissional deve ser capacitado para coordenar as atividades a serem executadas pelo Banco (seleção, captação, processamento, distribuição e controles de qualidade de tecidos), sendo responsável por estabelecer e supervisionar a atuação do Banco, o treinamento de pessoal e por exercer a supervisão das equipes técnicas de atuação externa. A responsabilidade técnica envolve ainda a avaliação do procedimento terapêutico proposto no que diz respeito à melhor indicação e ao uso clínico do tecido solicitado, bem como da necessidade de atendimento imediato e de considerações sobre as dimensões e tipo de processamento do tecido solicitado. É composto por no mínimo: (um) médico cirurgião plástico de comprovada atuação na área de transplantes de pele e que se mostre qualificado para a execução das atividades decorrentes dessa função, conforme o descrito acima; (um) responsável técnico substituto que deve ser: (um) médico cirurgião plástico com experiência na área de transplante de pele, que possa assessorar o responsável técnico no desenvolvimento das atividades inerentes ao Banco, bem como representá-lo ou substituí-lo, quando necessário. Fonte: *Anexo 6 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*
4. No âmbito de Banco de Tecido Ocular, este profissional deve ser capacitado para coordenar as atividades a serem executadas pelo Banco (seleção, captação, processamento, distribuição e controles de qualidade de tecidos), sendo responsável por estabelecer e supervisionar a atuação do Banco, o treinamento de pessoal e por exercer a supervisão das equipes técnicas de atuação externa, que devem ser compostas por: 1 (um) médico especialista em oftalmologia com experiência comprovada na área de córnea e doenças externas oculares, autorizado pelo CGSNT e que se mostre qualificado para a execução das atividades decorrentes desta função, descritas acima; e 1 (um) responsável técnico substituto, com as mesmas qualificações. Fonte: *Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*
5. No âmbito de Bancos de Tecidos Cardiovasculares, é o profissional que deve ser capacitado para coordenar as atividades a serem executadas pelo Banco (seleção, captação, processamento, distribuição e controle de qualidade de tecidos), sendo responsável por estabelecer e supervisionar a atuação do Banco, o treinamento de pessoal e por exercer a supervisão das equipes

Resultados das Atividades e Produtos (entregas do projeto) em Modelo para Apresentação de Projetos Referentes ao PROADI-SUS

técnicas de atuação externa. A composição mínima é: (um) médico de comprovada atuação na área de transplantes cardíacos ou de válvulas, e que se mostre qualificado para a execução das atividades decorrentes dessa função, conforme descrito acima; (um) responsável técnico substituto. Este profissional deve ser: (um) médico com experiência na área de transplantes cardíacos ou de válvulas, que possa assessorar o responsável técnico no desenvolvimento das atividades inerentes ao Banco, bem como representá-lo ou substituí-lo, quando necessário. Fonte: Anexo 7 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Resultados das Atividades e Produtos (entregas do projeto) em Modelo para Apresentação de Projetos Referentes ao PROADI-SUS

1. Um projeto cria entregas ou resultados exclusivos. Um resultado pode estar relacionado a um ou mais produtos. Entende-se por produto um bem ou serviço produzido, ou seja, um resultado mensurável e verificável do trabalho. Os resultados e produtos descrevem o escopo do projeto, ou seja, aquilo que é gerenciável pelo projeto e que é de responsabilidades da entidade executora. Enquanto o Objetivo do Projeto é um efeito desejado, mas que foge do controle e da responsabilidade direta da entidade, o alcance dos resultados e produtos tem que ser gerenciado de tal forma que pode ser atribuído aos esforços do projeto. Quando o projeto apresentar resultados que possam ser subdivididos em produtos, cada resultado deve estar relacionado a um ou mais produtos, devendo o projeto trazer registrado na sua decomposição hierárquica todos os principais produtos relacionados a cada resultado. Alguns projetos podem estar subdivididos em fases ou etapas de modo a oferecer melhor controle gerencial. A transição de uma fase para outra geralmente envolve e é definida por alguma forma de transferência técnica ou entrega, ou seja, produtos. O término e a aprovação de um ou mais produtos caracteriza uma fase do projeto. Assim sendo, é comum que um objetivo do projeto seja subdividido em fases ou etapas com produtos e atividades específicos. Nesse caso, a cada fase ou etapa deve corresponder um resultado, subdividido ou não em produtos. Os principais resultados e produtos devem estar ligados às atividades de intervenção. Fonte: Anexo 5 do Anexo XCIII da PRC GM/MS nº 5.

Retirada de Tecido em Banco de Tecido Ocular

1. Retirada do tecido ocular e da amostra sanguínea deverá ser feita o mais rapidamente possível após a parada cardiorrespiratória, ou em até 6 (seis) horas após a parada cardiorrespiratória, ou em até 24 (vinte e quatro) horas se o corpo do doador tiver sido mantido sob refrigeração de 2 a 8 °C. Para a retirada do tecido ocular doado, os limites mínimo e máximo de idade do doador deverão ser definidos pelo responsável técnico pelo Banco, desde que não ultrapassem para menos e para mais as definidas nas normas vigentes do regulamento técnico do SNT e da CNCDO Estadual ou Distrital. Devem ser registrados, em formulário padronizado pelo BTOC, dados sobre: 1. o histórico social e clínico e o exame físico do doador; 2. o exame macroscópico do globo ocular antes da enucleação ou excisão *in situ*; 3. resultado dos exames laboratoriais obrigatórios, quando já realizados; 4. o intervalo de tempo entre a parada cardiorrespiratória e a retirada do tecido. 5.5. Identificação e Acondicionamento Pós-Captação O globo ocular deve ser acondicionado individualmente em frasco estéril e em câmara úmida. A córnea retirada por técnica de excisão *in situ* deve ser acondicionada individualmente em frasco com solução de preservação cujo volume, de cada frasco, não pode ser alterado. O frasco contendo o globo ocular ou a córnea retirada por técnica de excisão *in situ* deverá possuir etiqueta irretocável aderida ao seu corpo, com a identificação numérica ou alfanumérica do doador, a data e o horário da retirada, e estar protegido contra choque mecânico, sem entrar em contato direto com o gelo. O frasco contendo a amostra sanguínea do doador deverá ser identificado com o registro numérico ou alfanumérico do doador, a data da coleta e ser protegido contra choque mecânico, sem entrar em contato direto com o gelo. A identificação dos frascos contendo os tecidos oculares retirados e a amostra sanguínea do doador deve garantir a rastreabilidade. O gelo deverá ser colocado separadamente em embalagem plástica. Fonte: Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Retirada de Tecido em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos

1. A retirada do tecido musculoesquelético e da amostra sanguínea deverá ser feita o mais rapidamente possível após a parada cardiorrespiratória, ou até em 12 (doze) horas após a parada cardiorrespiratória, ou até 24 (vinte e quatro) horas se o corpo do doador tiver sido mantido sob refrigeração de 2 a 8° C desde as primeiras 6 (seis) horas. Para a retirada do tecido

musculoesquelético doado, os limites mínimo e máximo de idade do doador deverão ser definidos pelo responsável técnico pelo Banco, desde que não ultrapassem para menos e para mais as definidas nas normas vigentes do regulamento técnico do SNT. Devem ser registrados, em formulário padronizado pelo BT-ME, dados sobre: 1. histórico social e clínico e o exame físico do doador. 2. O exame macroscópico dos tecidos; 3. Resultado dos exames laboratoriais obrigatórios, quando já realizados. 4. intervalo de tempo entre a parada cardiorrespiratória e a retirada do tecido. A retirada deve ser realizada pela própria equipe de retirada do Banco ou por outra equipe, com treinamento comprovado, autorizada pelo SNT e cadastrada na CNCDO. A equipe deve atuar sob a coordenação do responsável técnico do Banco e a aceitação destes tecidos para processamento é de responsabilidade do Banco. A retirada deve ser realizada em ambiente que permita a técnica de assepsia e antisepsia pertinente a um ato operatório para ablação dos tecidos musculoesqueléticos, utilizando instrumentais cirúrgicos estéreis. Os tecidos musculoesqueléticos podem ser submetidos à lavagem com solução antibiótica após colhidas as amostras para exames microbiológicos para patógenos aeróbicos, anaeróbicos e fungos (esfregaços ou lavados). Fonte: Anexo 5 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Retirada do Tecido em Banco de Pele

1. Retirada deve ser realizada pela própria equipe de retirada do BP ou por outra equipe de retirada de tecidos, com treinamento comprovado, e a retirada, autorizada pela Coordenação do SNT. A equipe deve atuar sob a coordenação do responsável técnico do BP e a aceitação desses tecidos para processamento é de responsabilidade do Banco. A retirada da pele pode ser realizada até 12 (doze) horas após a interrupção da circulação sanguínea se o cadáver é mantido em temperatura ambiente. O prazo máximo para a retirada pode ser prolongado para até 24 (vinte e quatro) horas pós-parada da circulação, se o cadáver for colocado em refrigeração ($2 +/- 4^{\circ}\text{C}$) dentro do intervalo de 6 (seis) horas após a interrupção da circulação sanguínea. A retirada deve ser realizada em sala com características de sala cirúrgica que permita a utilização de técnica de assepsia e antisepsia pertinentes a um ato cirúrgico. A retirada do tecido cutâneo deve ser realizada com os profissionais devidamente paramentados para ato operatório, utilizando dermatômetro, instrumental cirúrgico e insumos estéreis. Deve ser evitada a retirada do tecido cutâneo da face, pescoço,

antebraços e, em doadores do sexo feminino, da face anterior das pernas. Após a antisepsia das áreas doadoras conforme POP do Banco e antes da imersão dos tecidos em soluções contendo antibióticos, devem ser colhidas amostras para exames microbiológicos para a detecção de bactérias aeróbicas, anaeróbicas e fungos. Fonte: Anexo 6 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Retirada do Tecido em Banco de Tecido Cardiovascular

1. A retirada deve ser realizada pela própria equipe de captação do Banco de Tecidos Cardiovasculares ou por outra equipe de captação de tecidos, autorizada pelo SNT, e sob a coordenação do responsável técnico do Banco de Tecidos Cardiovasculares e a aceitação desses tecidos para processamento é de responsabilidade do Banco. Os tempos de isquemia aceitáveis serão de: 1. Tempo isquêmico quente (parada cardíaca até a imersão no soro gelado); 1.1. Corpo a temperatura ambiente - 15 horas após a parada cardíaca; 1.2. Corpo resfriado - 24 horas, quando refrigerado até 12 horas após a parada cardíaca. 2. Tempo isquêmico frio (imersão no soro gelado até a dissecção) - 24 horas após a retirada. A retirada deve ser realizada em sala com características de sala cirúrgica que permita a utilização de técnica de assepsia e antisepsia pertinentes a um ato cirúrgico. A captação deve ser realizada com o pessoal devidamente paramentado para ato operatório, utilizando instrumental cirúrgico e insumos, estéreis. Fonte: Anexo 7 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Retrovigilância [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, parte da hemovigilância que trata da investigação retrospectiva relacionada à rastreabilidade das bolsas de doações anteriores de um doador que apresentou viragem de um marcador (soroconversão) ou relacionada a um receptor de sangue que veio a apresentar marcador positivo para uma doença transmissível, termo também aplicável em casos de detecção de positividade em análises microbiológicas de componentes sanguíneos e investigação de quadros infeciosos bacterianos em receptores, sem manifestação imediata, mas potencialmente imputados à transfusão. Fonte: inciso XXXIII do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.

RETSUS ver Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde

RIPSA ver Rede Interagencial de Informações para a Saúde

Risco

1. Compreende a probabilidade de ocorrência de evento adverso ou inesperado, que cause doença, danos à saúde ou morte em um ou mais membros da população, em determinado lugar, num dado período de tempo. Fonte: *inciso XV do caput do art. 6º da Resolução MS 588 de 12/07/2018.*

Ver também: Alerta de Risco Sanitário e Comunicação do risco.

RNPAVC ver Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral

RNPC ver Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino

RNPCC ver Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer

RNPDC ver Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares

RNPDN ver Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas

RNPPS ver Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde

RNPS ver Rede Nacional de Pesquisa em Saúde

RNTC ver Rede Nacional de Terapia Celular

Rotinas de Funcionamento e Atendimento

1. No âmbito de Centros de Referência em Assistência a Queimados, os centros deverão possuir rotinas de funcionamento e atendimento escritas, atualizadas a cada quatro anos e assinadas pelo responsável técnico pelo serviço, contemplando, no mínimo, os seguintes

itens: a - procedimentos médico-cirúrgicos; b - procedimentos de enfermagem; c - rotinas de suporte nutricional; d - condutas terapêuticas; e - rotina de controle de infecção; f - ficha própria para descrição de ato cirúrgico; g - manutenção preventiva de equipamentos. Fonte: Anexo 2 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 3.

2. No âmbito de normas gerais de credenciamento e habilitação do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, o estabelecimento a ser credenciado/habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve possuir: a) rotinas de funcionamento escritas, atualizadas e assinadas pelo Responsável Técnico pelo serviço de Cirurgia Bariátrica, que devem abordar todos os processos complementares envolvidos na assistência aos indivíduos com obesidade; b) protocolos nutricionais; c) protocolos de acompanhamento fisioterápico, com reabilitação funcional; d) protocolo de suporte psicológico/psiquiátrico; e) formulários de avaliações e acompanhamento disponíveis no site www.saude.gov.br/sas; f) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados. Fonte: Anexo 4 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.

Rotulagem Nutricional dos Alimentos

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), constitui-se como instrumento central no aperfeiçoamento do direito à informação. O acesso à informação fortalece a capacidade de análise e decisão do consumidor, portanto, essa ferramenta deve ser clara e precisa para que possa auxiliar na escolha de alimentos mais saudáveis. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Rouparia

1. No âmbito de Centro de Parto Normal, é a área será destinada ao armazenamento de roupas limpas (fornecidas pela unidade vinculada), para esta pode ser previsto um armário com duas portas. Fonte: Anexo 6 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Rubéola

1. No âmbito de Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, doença contagiosa benigna e aguda, causada por vírus, das crianças e dos adultos jovens, caracterizada por febre, exantema pouco intenso e linfonopatia fetais, quando a infecção materna ocorre

no início da gravidez. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

RUE ver Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Letra S

SAD ver Serviço de Atenção Domiciliar

SAGE ver Sala de Apoio à Gestão Estratégica [do Ministério da Saúde] (SAGE)

SAIPS ver Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS)

Sala Administrativa e de Recepção de Tecido em Banco de Tecido Cardiovascular

1. Sala destinada aos trabalhos de secretaria, ao arquivamento de documentos e à recepção, registro e armazenamento temporário dos tecidos quando do seu recebimento no Banco. Esta sala deve dispor de refrigerador e/ou congelador, bancada e um lavatório para a lavagem das mãos. A sala administrativa e de recepção de tecidos podem ser separadas. Fonte: Anexo 7 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Sala Administrativa em Banco de Pele

1. Sala destinada aos trabalhos de secretaria e ao arquivamento de documentos. Fonte: Anexo 6 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Sala Administrativa em Banco de Tecido Ocular

1. Sala destinada aos trabalhos de secretaria e ao arquivamento de documentos. Fonte: Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Sala Administrativa em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos

1. Sala destinada aos trabalhos de secretaria e ao arquivamento de documentos. Fonte: Anexo 5 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Sala de Apoio à Gestão Estratégica [do Ministério da Saúde] (SAGE) (SAGE)

1. No âmbito do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS/SE/MS), tem o objetivo de sistematizar e disseminar as informações estratégicas para subsidiar a tomada de decisão na gestão federal do Sistema Único de Saúde (SUS). São objetivos da SAGE: I – obter e sistematizar dados e informações produzidas pelos órgãos do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas e por outras instituições de saúde, com vistas a contribuir para o processo decisório e para o acompanhamento das políticas públicas de saúde; II – disponibilizar, por intermédio da internet e quaisquer outros meios definidos pela Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), informações e análises de caráter executivo e gerencial, com o objetivo de subsidiar a tomada de decisão, a gestão e a produção de conhecimento; III – disponibilizar regularmente relatórios de análise situacional em saúde; e IV – gerir o Portal da SAGE e o Portal da Saúde com Mais Transparência. Fonte: *caput do art. 75 da PRC GM/MS nº 1*.

Sala de Armazenamento dos Tecidos em Banco de Pele

1. Área destinada ao armazenamento de tecidos não liberados (em processamento, ou pós-processamento, aguardando quarentena) e de tecidos liberados para distribuição. Deve ser provida de aparelhos de refrigeração e ultracongeladores de uso exclusivo desta sala. Recomenda-se que os tecidos sejam devidamente identificados através de etiquetas coloridas, indicando as etapas do processamento na qual se encontra, de acordo com o protocolo do Banco. Pode ser provida de refrigerador e congelador para a guarda de insumos e amostras de plasma, de acordo com o item Equipamentos e Materiais. Caso o armazenamento dos tecidos congelados seja efetuado em tanques de nitrogênio líquido, ou haja um sistema de segurança com nitrogênio líquido, a sala de armazenamento deve possuir:
1. Visualização externa do seu interior.
2. Sistema de climatização que mantenha a pressão negativa em relação aos ambientes adjacentes e ao sistema exclusivo de exaustão mecânica externa para diluição dos traços residuais de nitrogênio que mantenha uma vazão mínima de ar total de 75(m³/h)/m². Este sistema deve prover a exaustão forçada de todo o ar da sala, com descarga para o exterior.
3. As grelhas de exaustão devem ser instaladas próximas ao piso.
4. O ar de reposição deve ser proveniente dos ambientes vizinhos ou suprido por insuflação de ar exterior, com

filtragem mínima com filtro classe G1. 5. Deve haver sensor para monitoramento da concentração de oxigênio (O_2) no ambiente. Fonte: Anexo 6 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Sala de Armazenamento dos Tecidos em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos

1. Destinada ao armazenamento de tecidos não liberados (em processamento, ou pós-processamento, aguardando quarentena) e tecidos utilizáveis (já liberados para uso). Deve ser provida seguindo os itens abaixo, de acordo com a modalidade escolhida: 1. Câmara de ultracongelamento para armazenamento, exclusivo de tecidos em quarentena ou não liberados para uso, provida de alarme de temperatura para variações acima de 10 graus e com suporte para falha elétrica que mantenha os tecidos em temperaturas monitoradas inferiores ou iguais a $80^\circ C$ negativos. 2. Refrigerador $4 +/ - 2^\circ C$ para armazenamento exclusivo de tecidos refrigerados em quarentena ou não liberados para uso, com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas para variações acima de $5^\circ C$ e com suporte para falha elétrica para os bancos que armazenam tecidos refrigerados; 3. Câmara de ultracongelamento para armazenamento exclusivo de tecidos liberados para uso, provida de alarme de temperatura para variações acima de 10 graus e com suporte para falha elétrica que mantenha os tecidos em temperaturas monitoradas inferiores ou iguais a $-80^\circ C$; 4. Refrigerador $4 +/ - 2^\circ C$, para armazenamento exclusivo de tecidos refrigerados e liberados para uso com alarme ou conferência de temperatura a cada 12 horas para variações acima de $5^\circ C$ e com suporte para falha elétrica para os Bancos que armazenam tecidos refrigerados. A sala de armazenamento deve contar com controle de temperatura ambiental, que garanta níveis adequados para o bom funcionamento dos equipamentos, bem como a circulação dos profissionais. Fonte: Anexo 5 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Sala de Armazenamento do Tecido em Banco de Tecido Cardiovascular

1. Sala de armazenamento deve contar com controle de temperatura ambiental que garanta níveis adequados para o bom funcionamento dos equipamentos. Caso o armazenamento dos tecidos congelados seja efetuado em tanques de nitrogênio líquido, ou haja um sistema de segurança com nitrogênio líquido, a sala de armazenamento deve possuir: 1. Visualização externa do seu interior; 2. Sistema de climatização que mante-

nha a pressão negativa em relação aos ambientes adjacentes e sistema exclusivo de exaustão mecânica externa para diluição dos traços residuais de nitrogênio que mantenha uma vazão mínima de ar total de $75(m^3/h)/m^2$. Este sistema deve prover a exaustão forçada de todo o ar da sala, com descarga para o exterior. As grelhas de exaustão devem ser instaladas próximas ao piso. O ar de reposição deve ser proveniente dos ambientes vizinhos ou suprido por insuflação de ar exterior, com filtragem mínima com filtro classe G1. 3. Sensor para monitoramento da concentração de oxigênio (O_2) no ambiente. Fonte: Anexo 7 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Sala de Atendimento Multiprofissional

1. No âmbito da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, é um ambiente com área mínima de $12m^2$. Fonte: Anexo 11 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Sala de Criopreservação em Banco de Pele

1. Técnica de criopreservação exige sala para o alojamento da congelação com descenso gradual de temperatura e dos bujões de nitrogênio líquido. Deve possuir visualização de seu interior, sensor para monitoramento da concentração de oxigênio (O_2) e sistemas de exaustão e circulação de ar adequados, conforme descrito nos itens acima. Existindo, na sala de armazenamento de tecidos, espaço físico e condições ambientais tais como as descritas acima, o aparelho de congelamento gradual e seu suprimento de nitrogênio poderão ser ali colocados, desde que o fluxo operacional do Banco, o funcionamento ou o acesso aos demais equipamentos localizados nesta sala não sejam comprometidos. Fonte: Anexo 6 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Sala de Criopreservação em Banco de Tecido Cardiovascular

1. Técnica de criopreservação exige sala para o alojamento da congelação com descenso gradual de temperatura e os bujões de nitrogênio líquido. Deve possuir visualização de seu interior, sensor para monitoramento da concentração de oxigênio (O_2) e sistemas de exaustão e circulação de ar adequados. Existindo, na sala de armazenamento de tecidos, espaço físico e condições ambientais, o aparelho de congelamento gradual e seu suprimento de nitrogênio poderão ser ali colocados, desde que o fluxo operacional do Banco, o funcionamento ou o acesso aos demais equipamen-

tos localizados nessa sala não sejam comprometidos. Fonte: Anexo 7 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Sala de Estabilização (SE)

1. No âmbito das diretrizes e mecanismos para implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências no SUS, tem por responsabilidades: I – articular-se com a Rede de Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema de saúde da região, construindo fluxos coerentes e efetivos; II – fornecer retaguarda aos pacientes críticos e graves atendidos em regime de urgência no âmbito da Atenção Básica; III – realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade; IV – encaminhar os pacientes, após estabilização clínica, para internação em serviços hospitalares, por meio do Complexo Regulador, ou para as portas de urgência referenciadas pela Central de Regulação Médica das Urgências; V – prover atendimento e/ou referenciamento adequado a serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede Atenção às Urgências da região a partir da complexidade clínica e traumática do usuário; VI – referenciar e contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede de atenção à saúde, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo; e VII – solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da SE. Fonte: *caput do art. 67 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*
2. No âmbito das diretrizes e mecanismos para implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências no SUS, estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde. Fonte: *caput do art. 64 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Sala de Exames e Admissão de Parturientes com Sanitário Anexo

1. No âmbito de Centro de Parto Normal, é ambiente destinado a realização de exames, apresentando área mínima de 9,00m² e ser provido de bancada com pia com ponto de água fria e quente. Fonte: *Anexo 6 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

Sala de Processamento de Tecido em Banco de Tecido Cardiovascular

1. Destinada ao processamento dos tecidos, construída de acordo com os padrões de acabamento exigidos para áreas críticas, com sistema de condicionamento de ar de classificação mínima ISO 7 (classe 10.000). Deve conter em seu interior área para o manuseio propriamente dito dos tecidos, que garanta a qualidade de ar em classificação ISO 5 (classe 100), originada por cabine (capela) de segurança biológica classe II tipo A, cabine de fluxo unidirecional, ou pela classificação ISO 5 da sala de processamento como um todo. O acesso dos operadores à sala de processamento deve ocorrer através de antecâmara com classificação mínima de ar ISO7. Os materiais, insumos e tecidos devem ser introduzidos e retirados da sala de processamento através de caixas de passagem. Deve existir lavabo cirúrgico localizado em área contígua à sala de processamento que permita higienização adequada das mãos dos operadores, antes que estes se paramentem de maneira estéril para o manuseio dos tecidos. Fonte: *Anexo 7 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Sala de Processamento de Tecidos em Banco de Pele

1. Destinada ao processamento dos tecidos, construída de acordo com os padrões de acabamento exigidos para áreas críticas, com sistema de condicionamento de ar de classificação mínima ISO 7 (classe 10.000). Deve conter em seu interior área para o manuseio propriamente dito dos tecidos, que garanta a qualidade de ar em classificação ISO 5 (classe 100), originada por cabine (capela) de segurança biológica classe II tipo A, cabine de fluxo unidirecional vertical, ou pela classificação ISO 5 da sala de processamento como um todo. O acesso dos operadores à sala de processamento deve ocorrer através de antecâmara com classificação mínima de ar ISO7. Materiais, insumos e tecidos devem ser introduzidos e retirados da sala de processamento através de caixa de passagem. Deve existir lavabo cirúrgico localizado em área contígua à sala de processamento que permita higienização adequada das mãos dos operadores antes que estes se paramentem de maneira estéril para o manuseio dos tecidos. Fonte: *Anexo 6 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Sala de Processamento de Tecidos em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos

1. Destinada ao processamento dos tecidos, construída de acordo com os padrões de acabamento exigidos

para áreas críticas, com sistema de condicionamento de ar de classificação mínima ISO 7 (classe 10.000). Deve conter, em seu interior, área para o manuseio propriamente dito dos tecidos, que garanta a qualidade de ar em classificação ISO 5 (classe 100), originada por cabine (capela) de segurança biológica classe II tipo A, cabine de fluxo unidirecional vertical, ou pela classificação ISO 5 da sala de processamento como um todo. O acesso dos operadores à sala de processamento deve ocorrer por intermédio de antecâmara com classificação mínima de ar ISO7. Materiais, insumos e tecidos devem ser introduzidos e retirados da sala de processamento por intermédio de caixa de passagem. Deve existir lavabo cirúrgico localizado em área contígua à sala de processamento que permita higienização adequada das mãos dos operadores antes que estes se paramentem de maneira estéril para o manuseio dos tecidos. Fonte: Anexo 5 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Sala de Processamento e Armazenamento de Tecidos em Banco de Tecido Ocular

1. Destinada à avaliação, ao processamento e ao armazenamento dos tecidos, construída de acordo com os padrões de acabamento exigidos para áreas críticas. O acesso dos operadores à sala de processamento deve ocorrer através da antecâmara, onde deve existir lavabo cirúrgico, localizado em área contígua à sala de processamento, que permita a higienização adequada das mãos dos operadores e pré-paramentação estéril para o manuseio dos tecidos. Materiais, insumos e tecidos devem ser introduzidos e retirados da sala de processamento através de caixa de passagem. A sala de processamento e armazenamento deve contar com controle de temperatura ambiental que garanta níveis adequados para o bom funcionamento dos equipamentos, bem como a circulação dos profissionais. Fonte: Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Sala de Recepção Acolhimento e Registro (Parturiente e Acompanhante)

1. No âmbito de Centro de Parto Normal, é ambiente destinado a recepcionar e encaminhar parturientes e acompanhantes. Para este ambiente adotou-se área mínima de 12,00m² para receber uma maca e área para registro de paciente (mesa e prontuários). Fonte: Anexo 6 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Sala de Recepção de Tecidos em Banco de Tecido Ocular

1. Destinada à recepção dos tecidos quando do seu recebimento no Banco (aguardando processamento). Deve possuir um lavatório para higienização das mãos. Esse lavatório deve possuir torneiras ou comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Junto a estes deve existir provisão de sabão líquido degermante, além de recursos para secagem das mãos. Poderá compartilhar a área da Sala Administrativa. Fonte: Anexo 4 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Sala de Serviço

1. No âmbito de Centro de Parto Normal, é o ambiente destinado a realizar procedimentos de enfermagem. Deve ser previsto uma sala de serviço a cada posto de enfermagem, com área mínima de 5,70m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência. Fonte: Anexo 6 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Sala de Utilidades

1. No âmbito de Centro de Parto Normal, é ambiente destinado à recepção, lavagem, descontaminação e abrigo temporário de materiais e roupa suja. Deve ser provido de bancada com pia e uma pia de despejo, com acionamento por válvula de descarga e tubulação de 75mm, provido de ponto de água fria e água quente. Deve possuir área mínima de 6,00m², com dimensão mínima de 1,50m. Fonte: Anexo 6 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Sala Multiuso para Reabilitação Tipo I

1. Sala alocada em Hospitais Gerais ou Especializados que tiver na sua Unidade de Cuidados Prolongados módulos de 15 a 25 leitos, com dimensão mínima de 35m². Fonte: Anexo 22 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

Sala Multiuso para Reabilitação Tipo II

1. Sala alocada em Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP) que contarem com a quantidade mínima de 40 leitos, com dimensão mínima de 75m². Fonte: Anexo 22 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

SAMU 192 ver Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)

Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (SCUP)

1. No âmbito de Transplante de Células-tronco Hematopoéticas do Sistema Nacional de Transplantes, é o sangue de cordão umbilical e placentário. Fonte: Anexo 21 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

SAS ver Secretaria de Atenção à Saúde

Saúde do Trabalhador

1. No âmbito da Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990 [Lei Orgânica da Saúde], para fins desta lei, o conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo: I – assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; II – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; III – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador; IV – avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; V – informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional; VI – participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; VII – revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e VIII – a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores. Fonte: parágrafo 3º do art. 6º da Lei FED 8080 de 19/09/1990.

Saúde Legis ver Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis)

SCTIE/MS ver Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde

SCUP ver Sangue de Cordão Umbilical e Placental

SDM ver Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama

SE ver Sala de Estabilização

Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)

1. No âmbito do Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, lhe compete: estabelecer os requisitos para a participação de estados, municípios e Distrito Federal neste Componente, os critérios de elegibilidade de municípios e hospitais a serem contemplados, os quantitativos de recursos do montante global a serem destinados a cada atividade, os componentes de despesa que serão autorizados para cada tipo de atividade, bem como adote as demais medidas necessárias ao fiel cumprimento deste Componente. Fonte: caput do art. 607 da PRC GM/MS nº 5.

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS)

1. No âmbito do Programa INOVACINA, lhe compete: I – coordenar as ações de fomento ao fortalecimento da infraestrutura e à qualificação da produção dos laboratórios públicos produtores de imunobiológicos; II – estimular parcerias público-privadas de transferência de tecnologia visando desenvolvimento tecnológico e inovação na produção de insumos estratégicos na área da saúde; III – orientar os requisitos mínimos que regerá a transferência de tecnologia entre os laboratórios públicos produtores de imunobiológicos e seus parceiros privados; e IV – coordenar o processo de avaliação e incorporação de tecnologias em saúde. Fonte: caput do art. 827 da PRC GM/MS nº 5.

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)

1. No âmbito de Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), compete-lhe articular, no âmbito do Ministério Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Fonte: *caput do art. 8º do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito de Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, tem a responsabilidade de acelerar e aperfeiçoar a implementação das práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas de gestão do SUS. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.*
3. No âmbito de Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), compete-lhe articular, no âmbito do Ministério da Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação da PNSIPCFA. Fonte: *caput do art. 8º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.*

Secretaria de Saúde do Distrito Federal

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, compete-lhe: I – garantir que todos os serviços de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças raras possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insu- mos suficientes, de maneira a garantir o cuidado ne- cessário; II – garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com doenças raras, de acordo com suas responsabilidades e pactuações; III – garantir a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); IV – definir critérios técnicos para o funcio- namento dos serviços que atuam no escopo das doen- ças raras nos diversos níveis de atenção, bem como os mecanismos para seu monitoramento e avaliação; V – garantir o compartilhamento das informações na RAS e entre as esferas de gestão; VI – adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos servi-ços de saúde e suas responsabilidades; VII – promover

o intercâmbio de experiências e estimular o desenvol- vimento de estudos e de pesquisas que busquem o aperfeiçoamento, a inovação de tecnologias e a disse- minação de conhecimentos voltados à promoção da saúde, à prevenção, ao cuidado e à reabilitação/habi- litação das pessoas com doenças raras; VIII – estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias e no contro- le da execução da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras; IX – contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e produção de informações, aperfeiçoando permanentemente a confiabilidade dos dados e a capi- litarização das informações, na perspectiva de usá- las para alinhar estratégias de aprimoramento da gestão, disseminação das informações e planejamento em saúde; e X – monitorar e avaliar o desempenho e qualidade das ações e serviços de prevenção e de controle das doenças raras no país no âmbito do SUS, bem como auditar, quando pertinente. Fonte: *caput do art. 8º do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

2. Compete às Secretarias de Saúde do Distrito Federal: I – elaborar, se necessário, normas complementares e congruentes com este Regulamento, em âmbito es- tadual; II – estruturar a CNCDO de forma a garantir seu adequado funcionamento e supervisionar suas atividades, bem como as demais atividades relacionadas ao transplante em sua área de atuação; III – solici- tar à CGSNT o credenciamento da CNCDO; IV – solicitar à CGSNT o credenciamento de CNCDO regionais, atendidos os requisitos estabelecidos no art. 9º; V – autorizar a criação da Organização de Procura de Ór- gãos e Tecidos - OPO, atendidos os requisitos estabele- cidos na Seção I do Capítulo III, informando à CGSNT o cadastro atualizado das OPO, com as respectivas áreas de atuação, as metas estabelecidas e o seu efetivo funcionamento. VI – manter e enviar à CGSNT, por meio do Formulário de Estatística Mensal da CNCDO constante no Anexo 17 do Anexo I, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente, informações atualizadas so- bre todas as atividades relacionadas aos transplantes no âmbito estadual, incluindo as atividades relacionadas aos doadores vivos; e VII – designar os membros das Câmaras Técnicas Estaduais de composição obri- gatória para todas as modalidades de transplantes realizadas naquele Estado, exceto para Transplantes de Células - Tronco Hematopoéticas de TCTH, que é opcional, com, no mínimo, três membros para cada órgão/tecido, designados pelo Secretário Estadual ou do Distrito Federal, escolhidos entre especialistas da área afim, transplantadores ou não, e incluindo pelo

- menos um representante de serviço público e/ou de ensino que realize transplante para cada câmara técnica de órgão ou tecido. Fonte: *caput do art. 7º do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*
3. No âmbito de Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, lhe compete: I – elaborar, em articulação com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde e como condição indispensável à implantação do Programa Nacional, os Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, organizando seus sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem ações voltadas para a atenção básica, o apoio laboratorial, a atenção ambulatorial especializada e a assistência hospitalar obstétrica e neonatal, explicitando as unidades de referência para o diagnóstico, a atenção ambulatorial à gestação de alto risco e a assistência ao parto de baixo e alto risco; II – coordenar e executar, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, a programação física e financeira da assistência obstétrica e neonatal; III – estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal; IV – assessorar os municípios na estruturação de suas respectivas Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento; V – assessorar os municípios no processo de implementação do Programa e seus respectivos componentes e no desenvolvimento de mecanismos destinados a seu controle, avaliação e acompanhamento; VI – alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa; VII – monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual; VIII – manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade SIM, SINASC, SIPAC. Fonte: *parágrafo 2º do art. 599 da PRC GM/MS nº 5.*
4. No âmbito de Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), tem como responsabilidade: implementar a PNAN, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades regionais e locais; pactuar na Comissão Intergestores Bipartite e nas Comissões Intergestores Regionais, prioridades, objetivos, estratégias e metas para implementação de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, mantidos os princípios e as diretrizes gerais da PNAN; elaborar o plano de ação para implementação da PNAN, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com o Plano Estadual de Saúde e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS; destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde no âmbito estadual; prestar assessoria técnica e apoio institucional aos municípios e às regionais de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição; desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição no âmbito estadual, respeitando as diversidades locais e consoantes à PNAN; promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com o SISAN na esfera estadual; viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população da região e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*
5. Secretaria deve definir diretrizes, regular e pactuar ações de Saúde do Trabalhador no seu âmbito respeitivo e, quando necessário, atuar de forma integrada ou complementar aos Municípios e aos serviços de referências regionais, na qualidade de instância gestora, técnica e política da área de saúde do Trabalhador na região, com as seguintes competências: I – elaborar a Política de Saúde do Trabalhador, definir o financiamento, pactuar na CIB e submeter à aprovação do Conselho de Saúde, em seu âmbito respeitivo; II – conduzir as negociações nas instâncias do SUS no sentido de inserir as ações e indicadores de Saúde do Trabalhador no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde, bem como seu financiamento no seu âmbito respeitivo; III – contribuir na elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais; IV – inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; V – exe-

cutar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental voltadas à Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo; VI - implementar as ações de atenção de média e alta complexidade, definidas em conjunto com a CIB; VII - assessorar os CERESTs, os serviços e as instâncias regionais e municipais na realização de ações de Saúde do Trabalhador, no seu âmbito respectivo; VIII - definir e executar projetos especiais em questões de interesse próprio com repercussão local, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber; IX - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social; X - articular e capacitar, em parceria com os Municípios e com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, os profissionais de saúde do SUS, em especial as equipes dos centros regionais, da atenção básica e de outras vigilâncias e manter a educação continuada e a supervisão em serviço, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; XI - implementar estratégias de comunicação e de educação permanente em saúde dirigidas à sociedade em geral, aos trabalhadores e a seus representantes, aos profissionais de saúde e às autoridades públicas; XII - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo, entre outros, exames radiológicos, de anatomia patológica, de patologia clínica, de toxicologia e retaguarda de reabilitação; XIII - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de laboratórios de análises para avaliações de amostras de contaminantes ambientais e produtos de interesse à Saúde do Trabalhador; XIV - pactuar na CIB a Rede Sentinel e os Municípios Sentinel em Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo; XV - propor as linhas de cuidado para todos os agravos de notificação compulsória dispostos na Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004, a ser seguidas para a atenção integral dos trabalhadores usuários do SUS, a ser aprovada pela CIB; XVI - propor os fluxos de referência e contrarreferência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador, a ser aprovado na CIB; XVII - propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho, a ser aprovada na CIB; e XVIII - participar nas instâncias de definições políticas de desenvolvimento econômico e social junto às demais Secretarias do Estado e Distrito Federal. Fonte: Anexo 6 do Anexo X da PRC GM/MS nº 3.

6. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), compete-lhe a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos estados e do Distrito Federal: I - pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos estados e Distrito Federal; II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; III - ser responsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios; IV - analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos; V - verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais; VI - divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação; VII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; VIII - definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica; IX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção; X - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as secretarias municipais de saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica; e XI - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica. Fonte: *caput do art. 9º do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*
7. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, especialmente em relação à Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), compete-lhe: I - coordenar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbito estadual; II - formar tutores em seus municípios, conforme critérios definidos; III - fornecer apoio técnico aos municípios para a consecução da Estratégia;

- IV – monitorar a implementação da Estratégia nos municípios; V – apoiar os municípios no processo de certificação das equipes de atenção básica; e VI – orientar o uso do Sistema de gerenciamento e do Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para o monitoramento dos indicadores da Estratégia. Fonte: *caput do art. 16 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*
8. No âmbito de Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, compete-lhe: I – pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral às pessoas com doenças raras; II – definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas à inclusão da atenção e do cuidado integral às pessoas com doenças raras nos planos municipais, estadual e planejamento regional integrado; III – apoiar tecnicamente os municípios para organização e implantação do cuidado para as pessoas com doenças raras; IV – realizar a regulação visando à garantia do atendimento local, regional, estadual ou nacional às pessoas com doenças raras, de acordo com as necessidades de saúde; V – analisar os dados estaduais, relacionados às doenças raras, produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a aperfeiçoar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com doenças raras; VI – definir os estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com doenças raras, em conformidade com a legislação vigente; VII – apoiar os municípios na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de promover a qualificação profissional, desenvolvendo competências e habilidades relacionadas às ações de prevenção, controle e no cuidado às pessoas com doenças raras; VIII – efetuar e manter atualizado o cadastramento dos serviços de saúde sob sua gestão no sistema de informação federal vigente para esse fim e que realizam a atenção à saúde das pessoas com doenças raras, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em portarias específicas do Ministério da Saúde; e IX – planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população de acordo com a contratualização dos serviços, quando for de gestão estadual. Fonte: *caput do art. 10 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*
9. No âmbito de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), compete às Secretarias de Saúde do Distrito Federal: I – coordenar a implementação da PNAISC no âmbito do seu território, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locorregionais e articular, em parceria com os gestores municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Estadual de Saúde; II – desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, no âmbito estadual e distrital, visando a divulgação da PNAISC e a implementação das ações de atenção integral à saúde da criança; III – prestar assessoria técnica e apoio institucional aos municípios e às regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança; IV – promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito estadual, distrital e municipal, no que couber; V – monitorar e avaliar os indicadores e as metas estaduais e distritais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Estadual de Saúde e em outros instrumentos de gestão; VI – promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; VII – estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e VIII – designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos estaduais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. Fonte: *caput do art. 16 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*
10. No âmbito de Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), compete-lhe: I – coordenar, no âmbito estadual ou do Distrito Federal, a implantação, o monitoramento e a avaliação da PNHOSP, de forma pactuada na CIB e na CIR; II – estabelecer, no Plano de Saúde Estadual ou do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território; III – estabelecer, de forma pactuada com os municípios, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições; IV – cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; V – estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e avaliação das

metas pactuadas no instrumento contratual; VI – organizar, executar e/ou gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua responsabilidade; VII – elaborar as prioridades e fomentar a realização de ensino e pesquisa que fortaleçam a assistência hospitalar aos usuários do SUS, em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação; VIII – estabelecer, de forma pactuada com os municípios, os mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho e qualidade; IX – prestar assessoria técnica aos municípios e hospitais no processo de qualificação da atenção hospitalar no seu território; X – propor diretrizes estaduais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e XI – registrar e atualizar as informações relativas aos hospitais nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde. Fonte: *parágrafo 2º do art. 37 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

11. No âmbito de Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), compete-lhe: I – coordenar, no âmbito municipal e do Distrito Federal, a implantação, execução, monitoramento e avaliação da PNHOSP, de acordo com o pactuado na CIB e na CIR; II – estabelecer, no Plano Municipal e do Distrito Federal de Saúde, as metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território; III – estabelecer de forma pactuada com os estados, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições; IV – cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; V – organizar, executar e gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência; VI – estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e a avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; VII – estabelecer mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar em seu território, através de indicadores de desempenho e qualidade; VIII – prestar assessoria técnica aos hospitais sob sua gestão no processo de qualificação da atenção e gestão hospitalar; IX – estabelecer prioridades, fomentar e realizar pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação; X – propor diretrizes municipais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e XI – registrar e atualizar as informações relativas aos

hospitais no âmbito do seu território nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde. Fonte: *parágrafo 3º do art. 37 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

12. No âmbito de Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), compete-lhe: I – promover a implementação das ações de informação e informática no âmbito estadual e distrital, em consonância com a PNIIS; II – incluir ações e metas nos planos estaduais e distrital de saúde, em consonância com a PNIIS; III – apoiar a implementação da PNIIS por meio do processo de planejamento regional em saúde; IV – desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde com foco nas especificidades de informação e informática, destinadas aos trabalhadores de saúde; V – prestar apoio e cooperação técnica aos Municípios; VI – articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; VII – implantar soluções de informática, segundo suas necessidades regionais, para atender às demandas informacionais no âmbito de seu território, garantida a interoperabilidade com os sistemas nacionais; VIII – estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação das ações de informação e informática da PNIIS de forma articulada com o Ministério da Saúde e com os Municípios; e IX – coordenar ações que promovam o desenvolvimento das instâncias públicas de informação e tecnologia da informação em saúde. Fonte: *caput do art. 10 do Anexo XLII da PRC GM/MS nº 2.*

Secretaria de Saúde Estadual

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, cabe-lhe a indicação para a habilitação dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia. Fonte: *parágrafo 1º do art. 8º do Anexo XXXIV da PRC GM/MS nº 2.*
2. Secretaria deve definir diretrizes, regular e pactuar ações de Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo e, quando necessário, atuar de forma integrada ou complementar aos Municípios e aos serviços de referências regionais, na qualidade de instância gestora, técnica e política da área de saúde do Trabalhador na região, com as seguintes competências: I - elaborar a Política de Saúde do Trabalhador, definir o financiamento, pactuar na CIB e submeter à aprovação do Conselho de Saúde, em seu âmbito respectivo; II - conduzir as negociações nas instâncias do SUS no

sentido de inserir as ações e indicadores de Saúde do Trabalhador no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde, bem como seu financiamento no seu âmbito respectivo; III - contribuir na elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais; IV - inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; V - executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental voltadas à Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo; VI - implementar as ações de atenção de média e alta complexidade, definidas em conjunto com a CIB; VII - assessorar os CERESTs, os serviços e as instâncias regionais e municipais na realização de ações de Saúde do Trabalhador, no seu âmbito respectivo; VIII - definir e executar projetos especiais em questões de interesse próprio com repercussão local, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber; IX - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social; X - articular e capacitar, em parceria com os Municípios e com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, os profissionais de saúde do SUS, em especial as equipes dos centros regionais, da atenção básica e de outras vigilâncias e manter a educação continuada e a supervisão em serviço, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; XI - implementar estratégias de comunicação e de educação permanente em saúde dirigidas à sociedade em geral, aos trabalhadores e a seus representantes, aos profissionais de saúde e às autoridades públicas; XII - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo, entre outros, exames radiológicos, de anatomia patológica, de patologia clínica, de toxicologia e retaguarda de reabilitação; XIII - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de laboratórios de análises para avaliações de amostras de contaminantes ambientais e produtos de interesse à Saúde do Trabalhador; XIV - pactuar na CIB a Rede Sentinel e os Municípios Sentinel em Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo; XV - propor as linhas de cuidado para todos os agravos de notificação compulsória dispostos na Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004, a ser seguidas para a atenção integral dos trabalhadores usuários do SUS,

a ser aprovada pela CIB; XVI - propor os fluxos de referência e contrarreferência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador, a ser aprovado na CIB; XVII - propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho, a ser aprovada na CIB; e XVIII - participar nas instâncias de definições políticas de desenvolvimento econômico e social junto às demais Secretarias do Estado e Distrito Federal. Fonte: *Anexo 6 do Anexo X da PRC GM/MS nº 3*.

3. No âmbito de Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), compete-lhe: I - promover a implementação das ações de informação e informática no âmbito estadual e distrital, em consonância com a PNIIS; II - incluir ações e metas nos planos estaduais e distrital de saúde, em consonância com a PNIIS; III - apoiar a implementação da PNIIS por meio do processo de planejamento regional em saúde; IV - desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde com foco nas especificidades de informação e informática, destinadas aos trabalhadores de saúde; V - prestar apoio e cooperação técnica aos Municípios; VI - articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; VII - implantar soluções de informática, segundo suas necessidades regionais, para atender às demandas informacionais no âmbito de seu território, garantida a interoperabilidade com os sistemas nacionais; VIII - estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação das ações de informação e informática da PNIIS de forma articulada com o Ministério da Saúde e com os Municípios; e IX - coordenar ações que promovam o desenvolvimento das instâncias públicas de informação e tecnologia da informação em saúde. Fonte: *caput do art. 10 do Anexo XLII da PRC GM/MS nº 2*.

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

1. Compete à SVS/MS: I - ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de vigilância em saúde de âmbito nacional e que possibilitem análises de situação de saúde, as ações de vigilância da saúde do trabalhador e ações de promoção em saúde; II - participação na formulação de políticas, diretrizes e prioridades em

Vigilância em Saúde no âmbito nacional; III – coordenação nacional das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional; IV – apoio e cooperação técnica junto aos estados, Distrito Federal e aos municípios para o fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde; V – execução das ações de Vigilância em Saúde de forma complementar à atuação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, nos casos previstos em lei; VI – participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde; VII – normalização técnica; VIII – coordenação dos sistemas nacionais de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo: a) estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos, a partir de negociação tripartite, para o envio dos dados para o nível nacional; b) estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas nacionais; e c) retroalimentação dos dados para as Secretarias Estaduais de Saúde; IX – coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância em saúde, nas emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, bem como cooperação com estados, Distrito Federal e municípios em emergências de saúde pública, quando indicado; X – coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinel em âmbito hospitalar, em articulação com os estados e Distrito Federal; XI – monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde; XII – desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde; XIII – realização de campanhas publicitárias em âmbito nacional e/ou regional na Vigilância em Saúde; XIV – participação ou execução da educação permanente em Vigilância em Saúde; XV – promoção e implementação do desenvolvimento de estudos, pesquisas e transferência de tecnologias que contribuam para o aperfeiçoamento das ações e incorporação de inovações na área de Vigilância em Saúde; XVI – promoção e fomento à participação social nas ações de Vigilância em Saúde; XVII – promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de Vigilância em Saúde; XVIII – gestão dos estoques nacionais de insumos estratégicos, de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o monitoramento dos estoques e a solicitação da distribuição aos estados e Distrito Federal de acordo com as normas vigentes; XIX – provimento dos seguintes insumos estratégicos: a) imunobiológicos definidos pelo Programa Nacional de Imunizações; b) seringas e agulhas para campanhas de vacinação que não fazem

parte daquelas já estabelecidas ou quando solicitadas por um Estado; c) medicamentos específicos para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, conforme termos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT); d) reagentes específicos e insumos estratégicos para as ações laboratoriais de Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT; e) insumos destinados ao controle de doenças transmitidas por vetores, compreendendo: praguicidas, inseticidas, larvicidas e moluscocidas – indicados pelos programas; f) equipamentos de proteção individual (EPI) para as ações de Vigilância em Saúde sob sua responsabilidade direta, que assim o exigirem; g) insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, indicados pelos programas, nos termos pactuados na CIT; e h) formulários das Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e de óbitos (DO); XX – coordenação e normalização técnica das ações de laboratório necessárias para a Vigilância em Saúde, bem como estabelecimento de fluxos técnico operacionais, habilitação, supervisão e avaliação das unidades partícipes; XXI – coordenação do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a definição das vacinas componentes do calendário nacional, as estratégias e normalizações técnicas sobre sua utilização, com destino adequado dos insumos vencidos ou obsoletos, de acordo com as normas técnicas vigentes; XXII – participação no processo de implementação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, no âmbito da Vigilância em Saúde; e XXIII – estabelecimento de incentivos que contribuam para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade das ações de Vigilância em Saúde. Fonte: *caput do art. 6º do Anexo III da PRC GM/MS nº 4.*

2. No âmbito do Programa INOVACINA, lhe compete: I – fornecer as especificações técnicas das rotas tecnológicas, as definições de parâmetros de programação e padrões de qualidade relativos às vacinas pentavalente e heptavalente destinadas ao PNI; e II – coordenar os processos relativos à aquisição e à distribuição das vacinas pentavalente e heptavalente em âmbito nacional. Fonte: *caput do art. 828 da PRC GM/MS nº 5.*

Secretaria Especial de Saúde Indígena (SE-SAI/MS)

1. No âmbito de Subtipos de Estabelecimentos de Saúde Indígena, compete-lhe: a) coordenar e apoiar a organização da assistência farmacêutica no SASISUS; b) garantir recursos financeiros aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS) para a organização e estruturação dos serviços em assistência farmacêutica; e c) apoiar e participar, junto aos Distritos

Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), dos processos de negociação com os estados e municípios para definição e pactuação da rede de referência da atenção à saúde indígena, inclusive a assistência farmacêutica. Fonte: *caput do art. 64 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

2. Compete à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) o acompanhamento e a avaliação da programação realizada pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS). Fonte: *caput do art. 31 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

Secretaria Estadual de Saúde (SES)

1. No âmbito de Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), tem como responsabilidade: implementar a PNAN, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades regionais e locais; Pactuar na Comissão Intergestores Bipartite e nas Comissões Intergestores Regionais, prioridades, objetivos, estratégias e metas para implementação de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, mantidos os princípios e as diretrizes gerais da PNAN; Elaborar o plano de ação para implementação da PNAN, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com o Plano Estadual de Saúde e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS; Destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde no âmbito estadual; Prestar assessoria técnica e apoio institucional aos municípios e às regionais de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição; Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição no âmbito estadual, respeitando as diversidades locais e consoantes à PNAN; Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com o SISAN na esfera estadual; Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população da região e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), compete-lhe a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos estados e do Distrito Federal: I – pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos estados e Distrito Federal; II – destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; III – ser responsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios; IV – analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos; V – verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais; VI – divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação; VII – prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; VIII – definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica; IX – disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção; X – articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as secretarias municipais de saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica; e XI – fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica. Fonte: *caput do art. 9º do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*
3. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, especialmente em relação à Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), compete-lhe: I – coordenar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbi-

- to estadual; II – formar tutores em seus municípios, conforme critérios definidos; III – fornecer apoio técnico aos municípios para a consecução da Estratégia; IV – monitorar a implementação da Estratégia nos municípios; V – apoiar os municípios no processo de certificação das equipes de atenção básica; e VI – orientar o uso do Sistema de gerenciamento e do Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para o monitoramento dos indicadores da Estratégia. Fonte: *caput do art. 16 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*
4. No âmbito de Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), compete-lhe: I – coordenar, no âmbito estadual ou do Distrito Federal, a implantação, o monitoramento e a avaliação da PNHOSP, de forma pactuada na CIB e na CIR; II – estabelecer, no Plano de Saúde Estadual ou do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território; III – estabelecer, de forma pactuada com os municípios, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições; IV – cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; V – estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; VI – organizar, executar e/ou gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua responsabilidade; VII – elaborar as prioridades e fomentar a realização de ensino e pesquisa que fortaleçam a assistência hospitalar aos usuários do SUS, em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação; VIII – estabelecer, de forma pactuada com os municípios, os mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho e qualidade; IX – prestar assessoria técnica aos municípios e hospitais no processo de qualificação da atenção hospitalar no seu território; X – propor diretrizes estaduais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e XI – registrar e atualizar as informações relativas aos hospitais nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde. Fonte: *parágrafo 2º do art. 37 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*
5. No âmbito de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), compete às Secretarias de Saúde dos Estados: I – coordenar a implementação da PNAISC no âmbito do seu território, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locorregi-

onais e articular, em parceria com os gestores municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Estadual de Saúde; II – desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, no âmbito estadual e distrital, visando a divulgação da PNAISC e a implementação das ações de atenção integral à saúde da criança; III – prestar assessoria técnica e apoio institucional aos municípios e às regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança; IV – promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito estadual, distrital e municipal, no que couber; V – monitorar e avaliar os indicadores e as metas estaduais e distritais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Estadual de Saúde e em outros instrumentos de gestão; VI – promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; VII – estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e VIII – designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos estaduais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. Fonte: *caput do art. 16 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*

6. No âmbito de Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, compete às Secretarias Estaduais de Saúde: I – definir estratégias de articulação com as direções municipais do SUS com vistas à elaboração de planos regionais; II – realizar o diagnóstico da capacidade instalada com vistas a identificar os espaços territoriais sem serviços de saúde especializados em oncologia; III – planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população, operacionalizar a contratualização dos mesmos, quando estiver no seu âmbito de gestão, e pactuar na respectiva Comissão Intergestores; IV – pactuar regionalmente, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), todas as ações e os serviços necessários para a prevenção e controle

do câncer; V – promover o apoio necessário à organização da prevenção e controle do câncer nos municípios; e VI – garantir e monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com suas responsabilidades. Fonte: *caput do art. 43 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

7. No âmbito de Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, compete-lhe: I – garantir que todos os serviços de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças raras possuam infraestrutura adequada, 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 raras, de acordo com suas responsabilidades e pactuações; III – garantir a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); IV – definir critérios técnicos para o funcionamento dos serviços que atuam no escopo das doenças raras nos diversos níveis de atenção, bem como os mecanismos para seu monitoramento e avaliação; V – garantir o compartilhamento das informações na RAS e entre as esferas de gestão; VI – adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos serviços de saúde e suas responsabilidades; VII – promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e de pesquisas que busquem o aperfeiçoamento, a inovação de tecnologias e a disseminação de conhecimentos voltados à promoção da saúde, à prevenção, ao cuidado e à reabilitação/habilitação das pessoas com doenças raras; VIII – estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras; IX – contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e produção de informações, aperfeiçoando permanentemente a confiabilidade dos dados e a catarinação das informações, na perspectiva de usá-las para alinhar estratégias de aprimoramento da gestão, disseminação das informações e planejamento em saúde; e X – monitorar e avaliar o desempenho e qualidade das ações e serviços de prevenção e de controle das doenças raras no país no âmbito do SUS,

bem como auditar, quando pertinente. Fonte: *caput do art. 8º do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

8. No âmbito de Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, enquanto gestor estadual, tem como responsabilidade: A) Elaborar, coordenar e executar a política estadual das pessoas com deficiência, consonte a esta Política Nacional; B) Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes desta Política; C) Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, com vistas a implementação das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência; D) Promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução das Políticas Nacional e Estadual; E) Promover o acesso da pessoa com deficiência aos medicamentos, órteses e próteses e outros insumos necessários a sua recuperação e reabilitação; F) Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes desta Política; G) Viabilizar a participação da pessoa com deficiência nas diversas instâncias do SUS; H) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos - centros-dia -, de atendimento domiciliar e de outros serviços complementares para o atendimento da pessoa com deficiência; I) Promover o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários; J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis, por parte população em geral, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando prevenir deficiências; K) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população com deficiência, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas; L) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência; M) Promover o cumprimento das normas e padrões de atenção às pessoas com deficiência nos serviços de saúde e nas instituições que cuidam destas pessoas; N) Promover a organização de rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*- 9. No âmbito de Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, lhe compete: I – elaborar, em articula-

ção com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde e como condição indispensável à implantação do Programa Nacional, os Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, organizando seus sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem ações voltadas para a atenção básica, o apoio laboratorial, a atenção ambulatorial especializada e a assistência hospitalar obstétrica e neonatal, explicitando as unidades de referência para o diagnóstico, a atenção ambulatorial à gestação de alto risco e a assistência ao parto de baixo e alto risco; II – coordenar e executar, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, a programação física e financeira da assistência obstétrica e neonatal; III – estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal; IV – assessorar os municípios na estruturação de suas respectivas Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento; V – assessorar os municípios no processo de implementação do Programa e seus respectivos componentes e no desenvolvimento de mecanismos destinados a seu controle, avaliação e acompanhamento; VI – alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa; VII – monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual; VIII – manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade SIM, SINASC, SIPAC. Fonte: *parágrafo 2º do art. 599 da PRC GM/MS nº 5.*

10. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, garantirá a cooperação e o assessoramento técnicos que se fizerem necessários para a: I – organização de um Sistema Nacional de Informação com atualização permanente, com dados referentes à formação técnica/graduação/especialização; II – elaboração do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde; III – orientação das ações propostas à luz da Educação Permanente em Saúde e da normatização vigente; IV – qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Intergestores Bipartite para a gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e V – instituição de mecanismos de monitoramento e de avaliação institucional participativa nesta área. Fonte: *caput do art. 18 do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.*

11. No âmbito de Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, deve atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em arti-

culação com o Ministério da Saúde/FUNASA. É indispensável a integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS. Deverá se dar atenção, também, às doenças crônico-degenerativas (como o câncer cérvico-uterino; diabetes etc.) que já afetam grande parte da população indígena no país. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

12. No âmbito de Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, o gestor estadual tem como responsabilidades: elaborar, coordenar e executar a política estadual relativa a acidentes e a violências, no âmbito do setor saúde, consoante a esta Política Nacional; promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades, decorrentes desta Política; promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando a implementação da respectiva política, na conformidade da orientação constante na introdução deste Capítulo 4; organizar, padronizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências; organizar e implementar sistemas integrados de informação de morbidade e mortalidade, relacionados a acidentes e a violências; prestar cooperação técnica aos municípios na implementação da presente Política e da respectiva política estadual; estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas nesta Política Nacional e na respectiva política estadual; promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências; promover e realizar a capacitação de recursos humanos, conforme preconizado na diretriz referente ao tema, com vistas à prevenção e qualidade de atendimento, sistematizado e humanizado, nas áreas da saúde e afins; promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes; promover a articulação com os setores de educação, justiça e segurança pública, visando o estabelecimento de protocolos de cooperação na prevenção de acidentes e de violências, que incluem, entre outros, a elaboração e implantação de projetos conjuntos e a realização de treinamentos para policiais, técnicos do IML, Conselhos Tutelares e Varas de Infância e Juventude; apoiar os municípios, a partir

da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados; promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS nº 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências; promover a consolidação e/ou organização do atendimento pré-hospitalar; organizar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, promovendo, se for o caso, o estabelecimento de consórcios intermunicipais. Fonte: Anexo I do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

13. No âmbito de Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, tem como responsabilidades: I – planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço; II – estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde em seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e III – articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária. Fonte: *caput do art. 19 do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.*

14. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e para os fins da Equipe de Saúde da Família, compete-lhes: I – monitorar e acompanhar o desenvolvimento dos PRMFC; II – fomentar a formação de especialistas no Estado como estratégia de fixação dos profissionais, buscando modificar o quadro de ociosidade dos PRMFC e a força de trabalho; III – cofinanciar o desenvolvimento dos PRMFC, quando for o caso; IV – promover a inclusão dos preceptores em processos de educação permanente; e V – avaliar e monitorar a cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família. Fonte: *caput do art. 55 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

15. No âmbito de Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, compete às Secretarias de Saúde dos Estados: I – definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas ao desenvolvimento de planos regionais para garantir a prevenção e o cuidado integral da pessoa com câncer; II – coordenar a organização e a implantação dos planos regionais e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; III – coordenar o apoio aos municípios para organização e implantação das linhas de cuidado de tumores específicos; IV – apoiar a regulação e o fluxo de usuários entre os pontos de atenção da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; V – analisar os dados estaduais relacionados às ações de prevenção e de controle do câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com câncer; VI – implantar e manter o funcionamento do sistema de RHC nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia, com o compromisso do envio de suas bases de dados ao Ministério da Saúde, especificamente ao INCA/SAS/MS; VII – analisar os dados enviados pelas Secretarias Municipais de Saúde onde existem o (RCBP implantado, divulgar suas informações e enviá-las para o INCA/SAS/MS e para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), responsáveis pela consolidação nacional dos dados; VIII – garantir e acompanhar o processo de implantação e manutenção dos RHC dos serviços de saúde habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON); IX – utilizar as informações produzidas pelos RHC para avaliar e organizar as ações e os serviços de saúde de alta complexidade e densidade tecnológica; X – manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sob gestão estadual, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); XI – selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer, em conformidade com a legislação vigente; XII – apoiar os municípios na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de promover a qualificação profissional, desenvolvendo competências e habilidades relacionadas às ações de prevenção, controle e no cuidado às pessoas com câncer; XIII – garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas; e XIV – efetuar o cadastramento dos serviços de saúde sob sua gestão no sistema de informação federal vigente para esse fim e

- que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em portarias específicas do Ministério da Saúde. Fonte: *caput do art. 23 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*
16. No âmbito de Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, compete-lhe: I – pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral às pessoas com doenças raras; II – definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas à inclusão da atenção e do cuidado integral às pessoas com doenças raras nos planos municipais, estadual e planejamento regional integrado; III – apoiar tecnicamente os municípios para organização e implantação do cuidado para as pessoas com doenças raras; IV – realizar a regulação visando à garantia do atendimento local, regional, estadual ou nacional às pessoas com doenças raras, de acordo com as necessidades de saúde; V – analisar os dados estaduais, relacionados às doenças raras, produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a aperfeiçoar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com doenças raras; VI – definir os estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com doenças raras, em conformidade com a legislação vigente; VII – apoiar os municípios na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de promover a qualificação profissional, desenvolvendo competências e habilidades relacionadas às ações de prevenção, controle e no cuidado às pessoas com doenças raras; VIII – efetuar e manter atualizado o cadastramento dos serviços de saúde sob sua gestão no sistema de informação federal vigente para esse fim e que realizam a atenção à saúde das pessoas com doenças raras, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em portarias específicas do Ministério da Saúde; e IX – planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população de acordo com a contratualização dos serviços, quando for de gestão estadual. Fonte: *caput do art. 10 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*
17. No âmbito de Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), tem como competência: I – promover a articulação com os municípios para apoio à implantação e implementação da PNPS; II – pactuar nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR) as estratégias, diretrizes, metas, temas prioritários e financiamento das ações de implantação e implementação da PNPS; III – implantar e implementar a PNPS na RAS, no âmbito de seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo adequações às especificidades locorregionais; IV – apresentar no Conselho Estadual de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde; V – incorporar ações de Promoção da Saúde nos Planos Plurianual e Estadual de Saúde; VI – alocar recursos orçamentários e financeiros para a implantação e implementação da PNPS; VII – realizar apoio institucional às secretarias municipais e regiões de saúde no processo de implantação, implementação e consolidação da PNPS; VIII – realizar o monitoramento e avaliação de programas, projetos e ações de promoção da saúde no âmbito estadual e distrital; IX – apoiar e elaborar materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; X – promover cooperação, espaços de discussão e trocas de experiências e conhecimentos sobre a promoção da saúde; XI – apoiar e promover a execução de programas, planos, projetos e ações relacionadas com a promoção da saúde, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades do seu território. Fonte: *caput do art. 13 do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*
18. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: I – elaborar, se necessário, normas complementares e congruentes com este Regulamento, em âmbito estadual; II – estruturar a CNCDO de forma a garantir seu adequado funcionamento e supervisionar suas atividades, bem como as demais atividades relacionadas ao transplante em sua área de atuação; III – solicitar à CGSNT o credenciamento da CNCDO; IV – solicitar à CGSNT o credenciamento de CNCDO regionais, atendidos os requisitos estabelecidos no art. 9º; V – autorizar a criação da Organização de Procura de Órgãos e Tecidos - OPO, atendidos os requisitos estabelecidos na Seção I do Capítulo III, informando à CGSNT o cadastro atualizado das OPO, com as respectivas áreas de atuação, as metas estabelecidas e o seu efetivo funcionamento. VI – manter e enviar à CGSNT, por meio do Formulário de Estatística Mensal da CNCDO constante no Anexo 17 do Anexo I, até o 10º (décimo) dia do mês subsequente, informações atualizadas sobre todas as atividades relacionadas aos transplantes no âmbito estadual, incluindo as atividades relacionadas aos doadores vivos; e VII – designar os membros das Câmaras Técnicas Estaduais de composição obrigatória para todas as modalidades de transplantes realizadas naquele Estado, exceto para Transplantes de Células - Tronco Hematopoéticas de TCTH, que é opcional, com,

no mínimo, três membros para cada órgão/tecido, designados pelo Secretário Estadual ou do Distrito Federal, escolhidos entre especialistas da área afim, transplantadores ou não, e incluindo pelo menos um representante de serviço público e/ou de ensino que realize transplante para cada câmara técnica de órgão ou tecido. Fonte: *caput do art. 7º do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

do Sistema Educacional, executoras das políticas voltadas para qualificação da força de trabalho em saúde; e IV – propiciar apoio às equipes técnicas encarregadas do programa de trabalho da UNA-SUS, em sua atuação junto às instituições acima referidas, visando à execução de ações de forma articulada e descentralizada. Fonte: *caput do art. 34 do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.*

Secretaria-Executiva da CONITEC

1. Responsável pela gestão e pelo suporte administrativo da CONITEC. Fonte: *caput do art. 11 do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 1.*
2. Compete-lhe: I – realizar análise prévia dos requerimentos administrativos apresentados à CONITEC, por meio de avaliação da conformidade formal da documentação e das amostras, nos termos do Capítulo V deste Regimento Interno [do Anexo XVI da PRC MS/GM nº 1]; II – providenciar, a pedido do Plenário da CONITEC, a submissão das matérias à consulta pública; III – praticar todos os atos de gestão administrativa necessários ao desenvolvimento das atividades da CONITEC, inclusive a sistematização de informações para subsidiar as atividades dos membros do Plenário, nos termos deste Regimento Interno; IV – sem prejuízo das atribuições do Plenário, desenvolver as atividades previstas no art. 4º, parágrafo único, incisos parágrafo único, III, parágrafo único, IV, parágrafo único, VI e parágrafo único, VII II do Anexo XVI; V – sistematizar as informações para subsidiar as atividades dos membros do Plenário; VI – dar publicidade ao relatório da CONITEC após o término do processo; e VII – efetuar atividades determinadas pelo Plenário. Fonte: *caput do art. 12 do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 1.*

Secretaria-Executiva da UNA-SUS

1. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, possui como atribuições: I – coordenar um processo de fortalecimento institucional da UNA-SUS que assegure a execução e a sustentabilidade de seu programa de trabalho, mediante decisões homologadas pelo Colegiado Institucional; II – articular as diversas instâncias da SGTES/MS, da FIOCRUZ e da OPAS/OMS envolvidas com a implantação e fortalecimento da UNA-SUS, visando dotá-la do instrumental técnico e administrativo necessário para a execução de seu programa de trabalho; III – apoiar tecnicamente a UNA-SUS em suas articulações com as diversas Secretarias do Ministério da Saúde, com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e com as Instituições

Secretaria Municipal de Saúde

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), compete às Secretarias de Saúde dos Municípios: I – implantar/implementar a PNAISC, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locais e articular o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Municipal de Saúde, e no Planejamento Regional; II – promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito municipal, no que couber; III – monitorar e avaliar os indicadores e as metas municipais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e em outros instrumentos de gestão e no Planejamento Regional e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde; IV – promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; V – fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança; e VI – designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos municipais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Fonte: *caput do art. 17 do Anexo X da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, lhe compete: I – participar da elaboração do Programa Estadual de Humanização no Pré-natal e Nascimento; II – estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal, naqueles municípios que cumprimos critérios de elegibilidade estabelecidos; III – estruturar e garantir o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar, naqueles municí-

pios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos; IV – garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastramento de suas gestantes; V – identificar laboratórios e garantir a realização dos exames básicos e o acesso aos exames de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional; VI – estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional; VII - alojar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa; VIII – monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal; IX – manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade SIM, SINASC, SIPAC. Fonte: parágrafo 3º do art. 599 da PRC GM/MS nº 5.

3. No âmbito de Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), tem como responsabilidade: implementar a PNAN, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades locais, considerando critérios de risco e vulnerabilidade; Elaborar o plano de ação para implementação da PNAN nos municípios, com definição de prioridades, objetivos, estratégias e metas, de forma contínua e articulada com o Plano Municipal de Saúde e o planejamento regional integrado, se for o caso, e com os instrumentos de planejamento e pactuação do SUS; Destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde; Pactuar, monitorar e avaliar os indicadores de alimentação e nutrição e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde; Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição na esfera municipal e/ou das regionais de saúde; Fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde e demais instâncias de controle social existentes no município; Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das

diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com o SISAN na esfera municipal; Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população dos municípios e do Distrito Federal e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

4. No âmbito de Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, enquanto gestora municipal, tem como responsabilidades: I - coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, em seu respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implementados pelo município; II - promover e executar as medidas necessárias visando a integração da programação municipal à adotada pelo estado; III - promover e executar a articulação entre os diferentes setores no município, visando a implementação das ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, na conformidade da orientação constante na introdução deste Capítulo 4; IV - promover e executar o treinamento e a capacitação de recursos humanos para operacionalizar o elenco das atividades específicas decorrentes das Políticas Nacional e Estadual; V - estabelecer e manter sistemas de informação e análise relacionados à morbimortalidade por acidentes e violências; VI - desenvolver ações relativos à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências; VII - promover a observância da Portaria SAS/MS N°142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências; VIII - promover a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos saudáveis por parte dos municíipes, mobilizando, para tanto, os diferentes segmentos sociais locais; IX - aplicar e acompanhar o cumprimento das normas decorrentes desta Política; X - promover a consolidação e ou organização do atendimento pré hospitalar; XI - organizar e implementar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, estabelecendo, se for o caso, consórcios intermunicipais. Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

5. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e para os fins da Equipe de Saúde da Família, compete-lhes: I – cadastrar os médicos residentes e seus preceptores no SCNES; II – adequar a cobertura populacional conforme modalidade de Equipe de Saúde da Família e limite de usuários por equipe com médico residente; III – assegurar o cumprimento mínimo das 30 (trinta) horas semanais de atuação pelo médico residente na Equipe de Saúde da Família, em atendimento ao disposto na Resolução nº 2/CNRM, de 2006; IV – atender aos compromissos e contratualizações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de que trata a Seção II do Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5; V – viabilizar adequadas condições de trabalho e ambiência aos médicos residentes e seus preceptores, conforme disposto na Política Nacional de Atenção Básica, com adesão, se necessário, ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma, de que trata a Seção I do Capítulo II do Título II da Portaria de Consolidação nº 6; VI – apoiar os preceptores no seu aprimoramento técnico-científico, sempre que necessário, para melhor desenvolvimento de suas funções, por meio da inclusão em processos de educação permanente; VII – cofinanciar o desenvolvimento dos PRMFC, quando for o caso; VIII – conceder, se possível, aos médicos residentes a mesma remuneração conferida aos médicos que trabalham na Atenção Básica com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, considerando-se a proporcionalidade da carga horária de atuação; e IX – estimular e apoiar a participação das Equipes de Saúde da Família que possuam médicos residentes do PRMFC no PMAQ-AB. Fonte: *caput do art. 54 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*
6. No âmbito de Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, enquanto gestor municipal, tem como responsabilidade: A) Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência, definindo componentes específicos que devem ser implementados no seu âmbito respectivo; B) Promover as medidas necessárias visando à integração da programação municipal à do Estado; C) Promover o treinamento e a capacitação de recursos humanos necessários à operacionalização das ações e atividades específicas na área de saúde da pessoa com deficiência; D) Promover o acesso a medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e reabilitação da pessoa com deficiência; E) Estimular e viabilizar a participação da pessoa com deficiência nas instâncias do SUS; F) Promover a criação, na rede de serviço do SUS, de unidades de cuidados diurnos - centros-dia -, de atendimento domiciliar e de outros serviços alternativos para a pessoa com deficiência; G) Viabilizar o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários; H) Organizar e coordenar a rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas; I) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, visando a prevenção de deficiências; J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população com deficiência visando prevenir agravos de deficiências já instaladas; L) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionados à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência; M) Realizar a articulação com outros setores existentes no âmbito municipal, visando a promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência; N) Apoiar a formação de entidades voltadas para a promoção da vida independente, de forma integrada com outras instituições que prestam atendimento às pessoas com deficiência. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*
7. No âmbito de Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, compete às Secretarias Municipais de Saúde: I – pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral da pessoa com câncer, com inclusão de seus termos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP); II – planejar e programar as ações e os serviços necessários para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se sua base territorial e as necessidades de saúde locais; III – organizar as ações e serviços de atenção para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se os serviços disponíveis no município; IV – planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade instalada no próprio município; V – pactuar as linhas de cuidado na região de saúde, garantindo a oferta de cuidado às pessoas com câncer nos diferentes pontos de atenção; VI – pactuar a regulação e o fluxo de usuários entre os serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais de acordo com as necessidades de saúde dos

usuários; VII – analisar os dados municipais relativos às ações de prevenção e às ações de serviços prestados às pessoas com câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações locais e a qualificar a atenção das pessoas com câncer; VIII – selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde públicos sobre sua gestão que ofertam ações de promoção e de prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer, em conformidade com a legislação vigente; IX – manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sobre gestão municipal, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS no SCNES; X – programar ações de qualificação para profissionais e trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades relacionadas às ações de prevenção e de controle do câncer; e XI – garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas. Fonte: *caput do art. 24 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

8. No âmbito de Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, compete às Secretarias Municipais de Saúde: I – planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população, operacionalizar a contratualização dos mesmos e pactuar na respectiva Comissão Intergestores quando não existir capacidade instalada no próprio município; II – pactuar regionalmente, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), todas as ações e os serviços necessários para a prevenção e controle do câncer; e III – garantir e monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com suas responsabilidades. Fonte: *caput do art. 44 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

9. No âmbito de Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), tem como competência: I – promover a articulação intra e intersetorial para apoio à implantação e implementação da PNPS no âmbito de sua competência; II – implantar e implementar a PNPS no âmbito do seu território, respeitando as especificidades locorregionais; III – pactuar nas CIB e CIR as estratégias, diretrizes, metas, temas prioritários e financiamento das ações de implantação e implementação da PNPS;

IV – apresentar no Conselho Municipal de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde; V – incorporar ações de Promoção da Saúde aos Planos Plurianual e Municipal de Saúde; VI – destinar recursos orçamentários e financeiros para realização das ações de promoção da saúde; VII – prestar apoio institucional aos gestores e trabalhadores no processo de implantação, implementação, qualificação e consolidação da PNPS; VIII – promover e realizar a educação permanente dos trabalhadores do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção da saúde; IX – identificar e promover canais de participação no processo decisório para o desenvolvimento e a sustentabilidade das ações de promoção da saúde; X – promover a participação e o controle social e reforçar as ações comunitárias de promoção da saúde nos territórios; XI – identificar, articular e apoiar a troca de experiências e conhecimentos referentes às ações de promoção da saúde; XII – participar do processo de monitoramento, avaliação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; XIII – elaborar materiais educativos visando à socialização da informação e à divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; e XIV – apoiar e promover, de forma privilegiada, a execução de programas, planos, projetos e ações diretamente relacionadas à promoção da saúde, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades do seu território. Fonte: *caput do art. 14 do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

10. No âmbito de Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, compete-lhe: I – garantir que todos os serviços de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças raras possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insu- mos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário; II – garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com doenças raras, de acordo com suas responsabilidades e pactuações; III – garantir a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); IV – definir critérios técnicos para o funcionamento dos serviços que atuam no escopo das doenças raras nos diversos níveis de atenção, bem como os mecanismos para seu monitoramento e avaliação; V – garantir o compartilhamento das informações na RAS e entre as esferas de gestão; VI – adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos servi-

ços de saúde e suas responsabilidades; VII – promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e de pesquisas que busquem o aperfeiçoamento, a inovação de tecnologias e a disseminação de conhecimentos voltados à promoção da saúde, à prevenção, ao cuidado e à reabilitação/habilitação das pessoas com doenças raras; VIII – estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras; IX – contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e produção de informações, aperfeiçoando permanentemente a confiabilidade dos dados e a catarinização das informações, na perspectiva de usá-las para alinhar estratégias de aprimoramento da gestão, disseminação das informações e planejamento em saúde; e X – monitorar e avaliar o desempenho e qualidade das ações e serviços de prevenção e de controle das doenças raras no país no âmbito do SUS, bem como auditar, quando pertinente. Fonte: *caput do art. 8º do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

11. No âmbito de Equipes de Saúde da Família que possuem profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento, cabe lhes: I – inserir os médicos em equipes de atenção básica nas modalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica em regiões prioritárias para o SUS, respeitando-se os critérios de distribuição estabelecidos nos respectivos programas de alocação, provimento e fixação de profissionais em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade econômica ou social; II – exercer, em conjunto com o supervisor, o acompanhamento e a fiscalização da execução das atividades de ensino e de serviço, inclusive quanto ao cumprimento da carga horária de 40 (quarenta) horas semanais prevista aos médicos participantes, ressalvadas as especificidades das equipes de saúde da família ribeirinhas e fluviais e as atribuições previstas na Política Nacional de Atenção Básica; III – assegurar o cumprimento das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica; IV – atender aos compromissos e contratualizações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) discriminados na Seção II do Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5; e V – viabilizar adequadas condições de trabalho e ambiência aos profissionais integrantes das Equipes de Saúde da Família, com adesão, se necessário, ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde. Fonte: *art. 48 da PRC GM/MS nº 6.*

12. No âmbito de Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, compete-lhes: I – pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral das pessoas com doenças raras; II – planejar e programar as ações e os serviços de doenças raras, assim como o cuidado das pessoas com doenças raras, considerando-se sua base territorial e as necessidades de saúde locais; III – organizar as ações e serviços de atenção para doenças raras, assim como o cuidado das pessoas com doenças raras, considerando-se os serviços disponíveis no município; IV – planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade própria; V – planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população de acordo com a contratualização dos serviços, quando de gestão municipal; VI – realizar regulação visando à garantia do atendimento local, regional, estadual ou nacional às pessoas com doenças raras, de acordo com as necessidades de saúde; VII – realizar a regulação entre os componentes da rede de atenção à saúde, com definição de fluxos de atendimento à saúde para fins de controle do acesso e da garantia de equidade, promovendo a otimização de recursos segundo a complexidade e a densidade tecnológica necessárias à atenção à pessoa com doenças raras, com sustentabilidade do sistema público de saúde; VIII – realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou interregional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado; IX – implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH); X – analisar os dados municipais relativos às ações de prevenção e às ações de serviços prestados às pessoas com doenças raras, produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a aperfeiçoar o planejamento das ações locais e a qualificar a atenção das pessoas com doenças raras; XI – definir os estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com doenças raras, em conformidade com a legislação vigente; XII – efetuar e manter atualizados os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sob gestão municipal, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e XIII – programar ações de qualificação para profissionais e trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades

- relacionadas às ações de prevenção e de controle das doenças raras. Fonte: *caput do art. 11 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*
13. No âmbito de Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, deve atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/FUNASA. É indispensável a integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS. Deverá se dar atenção, também, às doenças crônico-degenerativas (como o câncer cérvico-uterino; diabetes etc.) que já afetam grande parte da população indígena no país. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*
14. No âmbito de Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), compete-lhe: I – implementar as ações de informação e informática em saúde em consonância com a PNIIS, conforme previsto no sistema de planejamento do SUS; II – apoiar a implementação da PNIIS por meio do processo de planejamento regional em saúde; III – articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; IV – implantar soluções de informática, segundo suas necessidades regionais, para atender às demandas informacionais no âmbito de seu território, garantida a interoperabilidade com os sistemas nacionais; V – desenvolver ações de educação permanente, com foco nas especificidades de informação e informática em saúde, destinadas aos trabalhadores de saúde; VI – estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação das ações de informação e informática desta Política no âmbito local; e VII – coordenar ações que promovam o desenvolvimento das instâncias públicas de informação e tecnologia da informação em saúde no SUS. Fonte: *caput do art. 11 do Anexo XLII da PRC GM/MS nº 2.*
15. No âmbito de Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, tem como responsabilidades: I – planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço; II – estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde em seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e III – articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária. Fonte: *caput do art. 19 do Anexo XL da PRC GM/MS nº 2.*
16. No âmbito de gestão da RENAST, as Secretarias Municipais de Saúde devem definir diretrizes, regular, pactuar e executar as ações de Saúde do Trabalhador no âmbito do respectivo Município, de forma pactuada regionalmente, com as seguintes competências: I – realizar a pactuação, o planejamento e a hierarquização de suas ações, que devem ser organizadas em seu território a partir da identificação de problemas e prioridades, e incluídas no Plano Municipal de Saúde; II – atuar e orientar no desenvolvimento de protocolos de investigação e de pesquisa clínica e de intervenção, juntamente ou não, com as universidades ou órgãos governamentais locais ou da rede do SUS; III – articular com outros Municípios quando da identificação de problemas e prioridades comuns; IV – informar a sociedade, em especial os trabalhadores, as CIPAs e os respectivos sindicatos sobre os riscos e danos à saúde no exercício da atividade laborativa e nos ambientes de trabalho; V – capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CERESTs, os profissionais e as equipes de saúde para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. VI – inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; VII – executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental; VIII – definir a Rede Sentinel em Saúde do Trabalhador no âmbito do Município; IX – tornar público o desenvolvimento e os resultados das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, sobretudo as inspeções sanitárias nos ambientes de trabalho e sobre os processos produtivos para garantir a transparência na condução dos processos administrativos no âmbito do direito sanitário; X – estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo, entre outros, exames radiológicos, de anatomia patológica, de patologia clínica, de toxicologia e retaguarda de reabilitação; XI – propor os fluxos

de referência e contrarreferência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador, a ser aprovado no nível municipal; XII - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social; e XIII - participar nas instâncias de definições políticas de desenvolvimento econômico e social junto às demais Secretarias do Município. Fonte: Anexo 7 do Anexo X da PRC GM/MS nº 3.

17. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), compete-lhe a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos municípios e do Distrito Federal: I – organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União; II – programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente; III – organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado; IV – estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado; V – manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica; VI – organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS; VII – fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social; VIII – destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica; IX – ser responsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios; X – inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica; XI – prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; XII – definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica; XIII – desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas; XIV – selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente; XV – garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas; XVI – garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; XVII – alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação; XVIII – organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e XIX – assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção. Fonte: caput do art. 10 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.
18. No âmbito de Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), compete-lhe: I – coordenar, no âmbito municipal e do Distrito Federal, a implantação, execução, monitoramento e avaliação da PNHOSP, de acordo com o pactuado na CIB e na CIR; II – estabelecer, no Plano Municipal e do Distrito Federal de Saúde, as metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território; III – estabelecer de forma pactuada com os estados, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições; IV – cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; V – organizar, executar e gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência; VI – estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e a avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; VII – estabelecer mecanismos de controle, regulação, monitoramento

e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar em seu território, através de indicadores de desempenho e qualidade; VIII – prestar assessoria técnica aos hospitais sob sua gestão no processo de qualificação da atenção e gestão hospitalar; IX – estabelecer prioridades, fomentar e realizar pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação; X – propor diretrizes municipais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e XI – registrar e atualizar as informações relativas aos hospitais no âmbito do seu território nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde. Fonte: *parágrafo 3º do art. 37 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Secretaria Técnica da Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos

1. Responsável por: I – apoiar as atividades dos Grupos Executivos e Grupos de Trabalho; II – praticar os atos de gestão administrativa necessários ao desenvolvimento das atividades da REBRACIM; III – sistematizar as informações relativas às atividades da REBRACIM; IV – gerenciar o endereço eletrônico da REBRACIM e demais meios de comunicação da rede; e V – promover o apoio técnico aos Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos, assegurando a qualidade dos serviços. Fonte: *caput do art. 12 do Anexo XI da PRC GM/MS nº 3.*

Sede de Polo Base Tipo I (PB-I)

1. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, localizada em aldeia, é a unidade destinada concomitantemente à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento, bem como à execução direta desses serviços em área de abrangência do Polo Base, definida dentro do território do DSEI. Fonte: *parágrafo 1º do art. 59 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

Sede de Polo Base Tipo II (PB-II)

1. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, localizada em área urbana, é a unidade destinada exclusivamente à administração e organização dos serviços de atenção à saúde indígena e saneamento desenvolvida em área de abrangência do Polo Base, defi-

nida dentro do território do DSEI. Fonte: *parágrafo 2º do art. 59 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

Segunda Opinião Formativa

1. No âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS. Fonte: *inciso III do caput do art. 448 da PRC GM/MS nº 5.*

Segurança Alimentar e Nutricional

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e de acordo com a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Segurança do Paciente

1. No âmbito do Programa Nacional de Segurança do Paciente, a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Fonte: *inciso I do caput do art. 160 da PRC GM/MS nº 5.*

2. No âmbito do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências no SUS, redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Fonte: *inciso VII do caput do art. 71 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Segurança Sanitária

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), busca a proteção da saúde humana, considerando as mudanças ocorridas na cadeia de produção até o consumo dos alimentos, nos padrões socioculturais decorrentes da globalização e as adaptações ao modo de produção de alimentos em escala internacional. Assim, o risco sanitário deve enfocar a abordagem integral de saúde e considerar, além de si próprio, o risco nutricional decorrente desse cenário,

ampliando a capacidade de o Estado fazer uso dos instrumentos legais de controle necessários à proteção da saúde da população. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

saúde relacionados à tuberculose, bem como acerca da situação da doença e do desenvolvimento das ações voltadas ao seu controle em todo o País. Fonte: *parágrafo 1º do art. 527 da PRC GM/MS nº 1.*

Seguridade Social

1. No âmbito de Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, é um valor social, configurada como um sistema que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (artigo 194 da Constituição Federal). Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.*

Semana Saúde na Escola

1. Constituída por ações de promoção e de prevenção de agravos à saúde realizadas em estabelecimentos públicos de ensino em todo o território nacional com participação das equipes da Atenção Básica e das equipes das escolas. Fonte: *caput do art. 168 da PRC GM/MS nº 5.*

Sensibilidade do NAT

1. No âmbito de Controle de Qualidade de Reagentes de Teste de Detecção de Ácido Nucleico (NAT) para HIV, HCV e HBV, a sensibilidade do teste e o número de amostras do pool são definidos em conjunto para atender à sensibilidade da amostra do doador. Fonte: *Anexo 9 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Série Histórica

1. A produção, em determinado período, de ações e serviços de saúde em regime de internação hospitalar e atenção ambulatorial de um hospital, constantes das bases de dados oficiais do SUS. [Conceito originário de dispositivo revogado]. Fonte: *inciso II do caput do art. 326 da PRC GM/MS nº 6.*

Serviço Crítico [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, serviço que pode afetar a qualidade dos produtos ou serviços críticos da instituição. Fonte: *inciso XXXIV do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Serviço de Apoio à Vida Cotidiana

1. Ações desenvolvidas por pessoal treinado visando auxiliar as pessoas com deficiência nas atividades de vida diária e de vida prática. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.*

Serviço de Atenção à Hanseníase na Alta Complexidade

1. No âmbito de Mecanismos para a Organização e a Implantação de Redes Estaduais/Municipais de Atenção à Hanseníase, caracteriza-se como serviço de maior

Semana Nacional de Mobilização e Luta contra a Tuberculose

1. No âmbito das datas comemorativas da saúde, tem por objetivo: I – concentrar esforços na divulgação da doença, sua prevenção, diagnóstico e tratamento; II – mobilizar os gestores e órgãos do SUS para que, em articulação com outros segmentos dos setores público e privado, veículos de comunicação social, organizações não governamentais, grupos e movimentos da sociedade civil organizada sejam desenvolvidas atividades intensivas acerca da doença; III – sensibilizar a sociedade promovendo o seu engajamento permanente nas ações de mobilização e articulação com vistas à difusão de informações sobre a doença e a superação do estigma a ela relacionado; IV – desenvolver, junto às escolas, programas específicos de prevenção e controle da doença; V – sensibilizar os profissionais de saúde para a difusão de informações sobre a tuberculose em suas respectivas práticas; VI – realizar eventos técnico-científicos para os profissionais de

nível de atenção e tem como finalidade prestar assistência multiprofissional e multidisciplinar especializada para o atendimento às pessoas portadoras de Hanseníase, incluindo as cirurgias reparadoras das sequelas de Hanseníase. Fonte: *parágrafo 3º do art. 180 da PRC GM/MS nº 5.*

Serviço de Atenção à Hanseníase na Média Complexidade

1. No âmbito de Mecanismos para a Organização e a Implantação de Redes Estaduais/Municipais de Atenção à Hanseníase, compreende ação de atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantida a partir do processo de referência e contrarreferência do paciente afetado pela Hanseníase e que devem ser organizadas de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada Unidade Federada. Fonte: *parágrafo 2º do art. 180 da PRC GM/MS nº 5.*

Serviço de Atenção à Saúde Auditiva

1. No âmbito de Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, deve garantir o atendimento integral ao paciente, que compreende avaliação para diagnóstico, acompanhamento, reavaliação da perda auditiva, terapia fonoaudiológica, seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e reposição de molde auricular e de AASI. Fonte: *parágrafo 1º do art. 32 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*

Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual

1. Integra as redes intersetoriais de enfrentamento da violência contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas e tem como funções precípuas preservar a vida, ofertar atenção integral em saúde e fomentar o cuidado em rede. Fonte: *caput do art. 680 da PRC GM/MS nº 5.*

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

1. 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). Fonte: *inciso II do caput do art. 532 da PRC GM/MS nº 5.*
2. Ações e serviços prestados de forma substitutiva ou complementar à internação hospitalar ou atendimento

ambulatorial, caracterizados pelo conjunto de tratamento de doenças, reabilitação, promoção à saúde e prevenção, englobando internação e/ou assistência prestadas em domicílio. Fonte: *Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.*

Serviço de Atenção em Regime Residencial

1. No âmbito de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ponto de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Residencial de Caráter Transitório, entre os quais Comunidades Terapêuticas, destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Fonte: *inciso II do caput do art. 9º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*
2. No âmbito de Rede de Atenção Psicossocial, é os serviços de saúde de atenção residencial transitória que oferece cuidados para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Fonte: *parágrafo 1º do art. 1º do Anexo XCI da PRC GM/MS nº 6.*

Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, compete-lhe: I – compor a RAS regional, de forma que se garantam os princípios, as diretrizes e competências descritas na Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras; II – ter uma população definida como de sua responsabilidade para o cuidado, assim como ter vinculado a si os serviços para os quais é a referência para tratamento às pessoas com doenças raras, podendo ser de abrangência local, regional, estadual ou nacional; III – apoiar os outros serviços de atenção à saúde no que se refere ao cuidado da pessoa com doença rara, participando sempre que necessário da educação permanente dos profissionais de saúde que atuam neste cuidado; IV – utilizar os sistemas de informação vigentes para registro da atenção dispensada no cuidado às pessoas com doenças raras, conforme normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde; V – garantir a integralidade do cuidado às pessoas com doenças raras; VI – reavaliar periodicamente as pessoas, de acordo com cada doença rara; VII – estabelecer avaliações para verificar outras pessoas em risco de doenças raras; VIII – encaminhar as pessoas para a Atenção Básica para a continuidade do seguimento clínico, garantindo seu matrículamento;

IX – submeter-se à regulação, fiscalização, monitoramento e avaliação do Gestor Municipal, Estadual e do Distrito Federal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão; X – investigar e buscar determinar o diagnóstico definitivo e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos PCDT estabelecidos pelo Ministério da Saúde; XI – garantir, por meio dos profissionais da RAS, o acesso às diversas categorias profissionais necessárias para o cuidado e tratamento integral às pessoas com doenças raras, incluindo as diversas especialidades médicas e profissionais para atendimento ambulatorial e hospitalar de acordo com as necessidades do cuidado às doenças raras; XII – encaminhar as pessoas para os Centros Especializados de Reabilitação (CER) ou outros com a finalidade de reabilitação para complementariedade do cuidado, sem se eximir de continuar ofertando o cuidado integral às pessoas com doenças raras, garantidos mediante regulação; XIII – realizar tratamento clínico e medicamentoso, quando houver, das pessoas com doenças raras segundo os PCDT instituídos; XIV – oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica para uma ou mais doenças raras, em caráter multidisciplinar; XV – referenciar as pessoas para os Serviços de Referência em Doenças Raras, quando se fizer necessário; XVI – garantir a investigação diagnóstica e o acompanhamento das doenças para as quais estiverem habilitados; XVII – acolher o encaminhamento regulado de pessoas com diagnóstico ou suspeita de doença rara, provenientes da atenção básica ou especializada, para fins de investigação e tratamento; XVIII – garantir, por meio dos profissionais da RAS, o acesso regulado às diversas categorias profissionais necessárias para o cuidado e tratamento integral às pessoas com doenças raras, incluindo as diversas especialidades médicas e profissionais para atendimento ambulatorial e hospitalar de acordo com as necessidades do cuidado às pessoas com doenças raras; XIX – oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica, em caráter multidisciplinar, de acordo com os eixos assistenciais e baseados nos PCDT instituídos; e XX – realizar o aconselhamento genético das pessoas acometidas e seus familiares, quando indicado. Fonte: *caput do art. 15 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

casas raras. Fonte: *parágrafo 1º do art. 14 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade Hospitalar

1. No âmbito de Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, cabem-lhe as avaliações e indicações cirúrgicas, devendo o mesmo realizar os exames pré e pós-operatório. Fonte: *Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.*

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) (SAMU 192)

1. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. Fonte: *inciso I do caput do art. 40 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

2. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, as unidades móveis para atendimento de urgência podem ser das seguintes espécies: I – Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem; II – Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico; III – Equipe de Aeromédico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro; IV – Equipe de Embarcação: composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida; V – Motolâncias: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolâncias; e VI – Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro. Fonte: *caput do art. 44 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei

3. No âmbito da orientação técnica quanto ao emprego das motocicletas da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), deverão ser utilizadas exclusivamente em intervenções do SAMU 192, sob regulação médica e se destinam, prioritariamente, às seguintes situações: a) intervenções nos acionamentos de unidade de suporte avançado de vida (USA), considerando que a motocicleta desenvolve melhor velocidade e conta com a agilidade necessária no trânsito para chegar antes da ambulância ao local onde se encontra o paciente. Assim, nos eventos tempo -dependentes (por exemplo, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, dentre outras tantas) deverão ser evidenciados esforços por parte das centrais de regulação em efetuar o despatch imediato da motocicleta como forma de assegurar a chegada do socorro no menor tempo -resposta possível, preservando-se a segurança do condutor da motocicleta; b) intervenções em eventos em locais de reconhecido difícil acesso a veículos de urgência (ambulâncias) em razão de características geográficas, condições da malha viária, dentre tantas peculiaridades de cada Município/região de abrangência do serviço, bem como em outras situações desta natureza que possam ser identificadas pela regulação médica como motivação para utilização da motocicleta; c) apoio nas intervenções de suporte básico de vida quando for necessário auxílio direto na cena de mais um técnico de enfermagem para auxílio em procedimentos que necessitem de mais profissionais, de acordo com o julgamento da regulação médica (reanimação cardiopulmonar, extircação de vítimas, dentre outras situações do Atendimento Pré-hospitalar – APH móvel); d) apoio nas intervenções de suporte avançado de vida quando for necessária a presença de mais um técnico de enfermagem na cena, a critério do médico regulador; e e) demais situações de agravo à saúde da população nas quais, a critério do médico regulador, no uso de suas atribuições contidas na Portaria 2.048/GM, possa haver benefício no emprego da motocicleta, uma vez que a chegada desta unidade viabilizará o início de manobras de suporte básico de vida. Fonte: Anexo 7 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP), é parte da estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção

à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei. O serviço é composto pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP). É considerada beneficiária do serviço a pessoa que, presumidamente ou comprovadamente, apresente transtorno mental e que esteja em conflito com a Lei, sob as seguintes condições: com inquérito policial em curso, sob custódia da justiça criminal ou em liberdade; ou, com processo criminal, e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, e que tenha o incidente de insanidade mental instaurado; ou em cumprimento de medida de segurança; ou sob liberação condicional da medida de segurança; ou, com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular. Fonte: *caput do art. 16 do Anexo XVIII da PRC GM/MS nº 2.*

Serviço de Hemoterapia [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, estabelecimento de saúde que desenvolve atividades de hemoterapia. Fonte: *inciso XXXV do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Serviço de Hemoterapia em Controle de Qualidade de Reagentes de Teste de Detecção de Ácido Nucleico (NAT) para HIV, HCV e HBV

1. Adota ferramentas de boas práticas para a avaliação, manipulação e monitoração dos testes de detecção de ácido nucleico, que garantam a qualidade dos serviços prestados. Fonte: *Anexo 9 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Serviço de Ouvidoria do SUS

1. No âmbito da Ouvidoria do SUS, tem como objetivo aprimorar o acesso, pelos cidadãos, às informações sobre o direito à saúde e ao seu exercício e possibilitar a avaliação permanente dos serviços de saúde, com vistas ao aprimoramento da gestão do SUS. Observará as seguintes diretrizes: I – defesa dos direitos da saúde, visando contribuir para o fortalecimento da cidadania e da transparência; II – reconhecimento dos cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direito; III – objetividade e imparcialidade no tratamento das informações, sugestões, elogios, reclamações e denúncias recebidas dos usuários do SUS; IV – zelo pela celebração de acordos entre os cidadãos e os serviços de saúde.

ridade e qualidade das respostas às demandas dos usuários do SUS; V – defesa da ética e da transparência nas relações entre administração pública e os cidadãos; VI – sigilo da fonte quando o interessado solicitar a preservação de sua identidade; e VII – identificação das necessidades e demandas da sociedade para o setor da saúde, tanto na dimensão coletiva, quanto na individual, transformando-as em suporte estratégico à tomada de decisões no campo da gestão. Fonte: *caput do art. 114 da PRC GM/MS nº 1.*

Serviço de Pronto Atendimento

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, deve ser criado em diversas áreas das regiões metropolitanas e atua principalmente como instância de estabilização e triagem, reforçando as demais medidas voltadas à hierarquização e descentralização do sistema de atenção hospitalar de emergência. Fonte: *Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.*

Serviço de Reabilitação

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, presta atendimento multiprofissional aos pacientes, a fim de evitar sequelas e incapacidades, além de propiciar condições para a sua reintegração aos grupos familiar, social e laboral. Fonte: *Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.*

Serviço de Referência em Doenças Raras

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, compete-lhe: I – compor a RAS regional, de forma que se garantam os princípios, as diretrizes e competências descritas na Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras; II – ter uma população definida como de sua responsabilidade para o cuidado, assim como ter vinculado a si os serviços para os quais é a referência para tratamento às pessoas com doenças raras, podendo ser de abrangência local, regional, estadual ou nacional; III – apoiar os outros serviços de atenção à saúde no que se refere ao cuidado da pessoa com doença rara, participando sempre que necessário da educação permanente dos profissionais de saúde que atuam neste cuidado; IV – utilizar os sistemas de informação vigentes para registro da atenção dispensada no cuidado às pessoas com doenças raras, conforme normas técnico-operacionais preconizadas pelo Minis-

tério da Saúde; V – garantir a integralidade do cuidado às pessoas com doenças raras; VI – reavaliar periodicamente as pessoas, de acordo com cada doença rara; VII – estabelecer avaliações para verificar outras pessoas em risco de doenças raras; VIII – encaminhar as pessoas para a Atenção Básica para a continuidade do seguimento clínico, garantindo seu matrículamento; IX – submeter-se à regulação, fiscalização, monitoramento e avaliação do Gestor Municipal, Estadual e do Distrito Federal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão; X – investigar e buscar determinar o diagnóstico definitivo e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos PCDT estabelecidos pelo Ministério da Saúde; XI – garantir, por meio dos profissionais da RAS, o acesso às diversas categorias profissionais necessárias para o cuidado e tratamento integral às pessoas com doenças raras, incluindo as diversas especialidades médicas e profissionais para atendimento ambulatorial e hospitalar de acordo com as necessidades do cuidado às doenças raras; XII – encaminhar as pessoas para os Centros Especializados de Reabilitação (CER) ou outros com a finalidade de reabilitação para complementariedade do cuidado, sem se eximir de continuar ofertando o cuidado integral às pessoas com doenças raras, garantidos mediante regulação; XIII – realizar tratamento clínico e medicamentoso, quando houver, das pessoas com doenças raras segundo os PCDT instituídos; XIV – oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica para uma ou mais doenças raras, em caráter multidisciplinar; XV – referenciar as pessoas para os Serviços de Referência em Doenças Raras, quando se fizer necessário; XVI – garantir a investigação diagnóstica e o acompanhamento das doenças para as quais estiverem habilitados; XVII – acolher o encaminhamento regulado de pessoas com diagnóstico ou suspeita de doença rara, provenientes da atenção básica ou especializada, para fins de investigação e tratamento; XVIII – garantir, por meio dos profissionais da RAS, o acesso regulado às diversas categorias profissionais necessárias para o cuidado e tratamento integral às pessoas com doenças raras, incluindo as diversas especialidades médicas e profissionais para atendimento ambulatorial e hospitalar de acordo com as necessidades do cuidado às pessoas com doenças raras; XIX – oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica, em caráter multidisciplinar, de acordo com os eixos assistenciais e baseados nos PCDT instituídos; e XX – realizar o aconselhamento genético das pessoas acometidas e seus familiares, quando indicado. Fonte: *caput do art. 15 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, é o serviço de saúde que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação da atenção especializada para pessoas com doenças raras pertencentes a, no mínimo, dois eixos assistenciais, de acordo com os seguintes parâmetros: I – oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 2 (dois) grupos de doenças raras do Eixo I de que trata o art. 12; II – oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 2 (dois) grupos de doenças raras do Eixo II de que trata o art. 12; ou III – oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 1 (um) grupo de doenças raras de cada um dos Eixos de que trata o art. 12. Fonte: *parágrafo 2º do art. 14 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*
3. No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, são suas competências específicas: I – realizar o acompanhamento clínico especializado multidisciplinar à pessoa com doença rara; II – apresentar estrutura adequada, realizar pesquisa e ensino organizado, com programas e protocolos estabelecidos, reconhecidos e aprovados pelo comitê de ética pertinente; III – subsidiar ações de saúde dos gestores no âmbito das doenças raras, quando necessário; IV – participar como polo de desenvolvimento profissional em parceria com a gestão, tendo como base a PNEPS; e V – realizar atividades de educação ao público e aos profissionais de saúde no tema doenças raras, em conjunto com os gestores do SUS, os conselhos de saúde, a comunidade científica e as associações civis relacionadas às doenças raras ou outros representantes da sociedade civil organizada, com o objetivo de promover a compreensão da diversidade humana, dos direitos dos usuários e extinção dos preconceitos, buscando sua integração à sociedade. Fonte: *caput do art. 16 do Anexo XXXVIII da PRC GM/MS nº 2.*

Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM)

1. No âmbito das Diretrizes de Cuidado e Prevenção do Câncer de Colo de Útero e do Câncer de Mama da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, compõe o Componente Atenção Especializada da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e tem como objetivo fortalecer as ações voltadas ao diagnóstico precoce à confirmação diagnóstica e ao tratamento especializado dos cânceres do colo do útero e da mama. Pode, ainda, integrar a Linha de Cuidado do Câncer de Colo do Útero e do Câncer de

Mama. Fonte: *caput do art. 112 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC)

1. No âmbito das Diretrizes de Cuidado e Prevenção do Câncer de Colo de Útero e do Câncer de Mama da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, compõe o Componente Atenção Especializada da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e tem como objetivo fortalecer as ações voltadas ao diagnóstico precoce à confirmação diagnóstica e ao tratamento especializado dos cânceres do colo do útero e da mama. Pode, ainda, integrar a Linha de Cuidado do Câncer de Colo do Útero e do Câncer de Mama. Fonte: *caput do art. 112 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei

1. Terá suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde, realizando: I – atendimento clínico, ginecológico, cirúrgico e psicosocial, contando com serviço de apoio laboratorial; II – apoio diagnóstico e assistência farmacêutica; e III – coleta e guarda de material genético. Fonte: *caput do art. 684 da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual.

Serviço de Referência Tipo I

1. Laboratório deverá cumprir as exigências de funcionamento e cadastramento estabelecidas nesta Portaria [Anexo XXIV da PRC MS/GM nº 5], inserir-se no Programa Nacional de Triagem Neonatal cumprindo suas atribuições/obrigações e ser capaz de realizar exames de triagem e confirmação diagnóstica para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito. Fonte: *Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 5.*

Serviço de Referência Tipo II

1. Laboratório deverá cumprir as exigências de funcionamento e cadastramento estabelecidas nesta Portaria [Anexo XXIV da PRC MS/GM nº 5], inserir-se no Programa Nacional de Triagem Neonatal cumprindo suas atribuições/obrigações e ser capaz de realizar exames

de triagem e confirmação diagnóstica para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias. Deverá ser apto a realizar, por biologia molecular, os exames confirmatórios das doenças falciformes e outras hemoglobinopatias. Fonte: Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 5.

Serviço de Referência Tipo III

1. Laboratório deverá cumprir as exigências de funcionamento e cadastramento estabelecidas nesta Portaria [Anexo XXIV da PRC MS/GM nº 5], inserir-se no Programa Nacional de Triagem Neonatal cumprindo suas atribuições/obrigações e ser capaz de realizar exames de triagem e confirmação diagnóstica para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística. Deverá ser apto a realizar, por biologia molecular, os exames confirmatórios das doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística. Fonte: Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 5.

Serviço de Saúde [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, todo o serviço relacionado ao atendimento à saúde. Fonte: *inciso XXXVI do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5*.

Serviço de Verificação de Óbito (SVO)

1. É aquele que tem por atribuição promover ações que proporcionem, via autópsia, o esclarecimento da causa mortis de todos os óbitos, com ou sem assistência médica, sem elucidação diagnóstica, e em especial aqueles sob investigação epidemiológica. [Conceito originário de dispositivo revogado]. Fonte: *caput do art. 332 da PRC GM/MS nº 5*.

Serviço Especial de Acesso Aberto

1. No âmbito do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, serviço de saúde específico para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial. Fonte: *inciso VII do caput do art. 2º da Decreto FED 7508 de 28/06/2011*.

Serviço Hospitalar de Referência à Atenção à Gestação de Alto Risco

1. No âmbito das Diretrizes de Organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco da Rede Cegonha, tem como atribuições: I – cumprir os requisitos vigentes para a atenção hospitalar; II – adequar a ambiência da maternidade às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); III – receber todas as gestantes vinculadas pela atenção básica e/ou aquelas encaminhadas pela Central de Regulação para atender as intercorrências durante a gestação e realização de parto; IV – implantar o acolhimento com classificação de risco (ACCR); V – adotar boas práticas de atenção ao parto e nascimento, segundo as recomendações do Manual Técnico publicado pelo Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas, e protocolos para a atenção à gestante de risco, contemplando Plano de Parto, de acordo com a estratificação de risco; VI – estimular a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor; VII – disponibilizar métodos farmacológicos de alívio da dor; VIII – permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério; IX – apresentar planos de adequação aos índices de cesariana, episiotomia e oxicocina recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no documento "Assistência ao parto normal: um guia prático -1996", e definidos neste Título; X – garantir a privacidade da mulher durante o período de trabalho de parto e parto; XI – estimular a realização do parto, em todas as suas fases, quais sejam pré-parto, parto e puerpério imediato, em um único ambiente, com opção de adoção de posições que proporcionem maior conforto para a mulher, resguardada a possibilidade de transferência da puerpera para alojamento conjunto no pós-parto; XII – disponibilizar área para deambulação durante o trabalho de parto; XIII – utilizar metodologias que garantam assistência segura no aborto espontâneo, incluindo-se o Método de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) até a 12ª semana; XIV – apoiar e promover o aleitamento materno, com adoção dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" do Ministério da Saúde; XV – estimular a constituição de Colegiado Gestor Materno-Infantil, conforme previsto no Anexo II; XVI – desenvolver atividades de educação permanente para as equipes multiprofissionais, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; XVII – fornecer ações e serviços de orientação de planejamento reprodutivo pós-parto e pós-abortamento à puerpera no momento da alta hospitalar, assim como encaminhamento para consulta de puerpério e puericultura.

tura após a alta hospitalar; XVIII – realizar ações e serviços de vigilância e investigação do óbito materno, fetal e infantil; XIX – alimentar e atualizar os sistemas de informação obrigatórios do SUS; e XX – realizar pesquisas de satisfação da usuária, abordando, entre outros temas, a violência institucional. Fonte: *caput do art. 45 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

Serviço Hospitalar de Referência para Atenção a Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental e com Necessidades Decorrentes do Uso de Álcool, Crack e Outras Drogas

1. No âmbito de Rede de Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e observará as seguintes diretrizes: I – função precípua de preservação da vida, visando criar condições para a garantia da continuidade do cuidado pelos outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial; II – integração à Rede de Atenção Psicossocial, como parte das demandas e fluxos assistenciais na Região de Saúde, potencializando ações de matricamento, corresponsabilidade pelos casos e garantia da continuidade do cuidado; III – articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde; IV – oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica; V – competência da Rede de Saúde local para regulação do acesso aos leitos; e VI – funcionamento em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos. Fonte: *caput do art. 52 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental

1. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ponto de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no Hospital Geral, oferece retaguarda clínica por meio de internações de curta duração, com equipe multi-profissional e sempre acolhendo os pacientes em articulação com os CAPS e outros serviços da Rede de

Atenção Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular. Fonte: *inciso II do caput do art. 10 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Serviço Privado de Assistência à Saúde

1. No âmbito da Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990 [Lei Orgânica da Saúde], caracteriza-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento. Fonte: *caput do art. 20 da Lei FED 8080 de 19/09/1990.*

Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

1. No âmbito de Diretrizes de Funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), configura-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracteriza-se como moradia inserida na comunidade destinada a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares. As modalidades são: I – SRT TIPO I: Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social. II – SRT TIPO II: Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretivas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente. Fonte: *Anexo 4 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

2. No âmbito dos serviços residenciais terapêuticos em saúde mental para o atendimento ao portador de transtornos mentais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), moradia ou casa inserida, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam

suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental. Fonte: parágrafo único do art. 77 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.

3. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ponto de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização, é moradia inserida na comunidade, destinada a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros. Fonte: *caput do art. 11 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*
4. No âmbito dos serviços residenciais terapêuticos em saúde mental para o atendimento ao portador de transtornos mentais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), será constituído nas modalidades Tipo I e Tipo II, definido pelas necessidades específicas de cuidado do morador: São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher até no máximo 10 (dez) moradores. São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo 10 (dez) moradores. Fonte: *caput do art. 80 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Serviços de Apoio à Saúde

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), programas e ações de caráter inter-setorial que atuam na fronteira do campo clínico e social, com o objetivo de ampliar, estimular e manter as capacidades funcionais, a integralidade do cuidado

em reabilitação/habilitação, a autonomia, inclusão, inserção e participação social da pessoa com deficiência, por meio de práticas esportivas, terapias assistidas por animais, produção cultural e artística e de capacitação/habilitação para o trabalho. Fonte: *inciso XXII do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Serviços de Implantação

1. Para fins do incentivo financeiro para apoiar o desenvolvimento de soluções informatizadas que se integrem ao Sistema Cartão, compreendem serviços de desenvolvimento, manutenção lógica, hospedagem de sistemas, instalação de “softwares”, migração de bases de dados pré-existentes, capacitação de operadores, monitoramento de implantação local e suporte técnico-operacional. Fonte: *parágrafo único do art. 640 da PRC GM/MS nº 6.*

Ver também: Incentivo Financeiro para Apoiar o Desenvolvimento de Soluções Informatizadas que se Integrem ao Sistema Cartão.

Servidor Cedido

1. No âmbito de formas de contratação dos profissionais, é o servidor da administração pública direta ou indireta ocupante de cargo efetivo, cedido por ente público, regido pelo regime jurídico único (federal, estadual e municipal) e militar, vinculado a regime próprio de previdência ou ao regime geral de previdência social. Fonte: *Anexo XXXIV da PRC GM/MS nº 1.*

SES ver Secretaria Estadual de Saúde

SESAI/MS ver Secretaria Especial de Saúde Indígena

SGEP ver Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Shantala

1. No âmbito da Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Misticoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), prática de massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimentos pelo corpo, que permite o despertar e a

ampliação do vínculo cuidador e bebê. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional. Promove e fortalece o vínculo afetivo, harmoniza e equilibra os sistemas imunológico, respiratório, digestivo, circulatório e linfático. Permite ao bebê e à criança a estimulação das articulações e da musculatura auxiliando significativamente no desenvolvimento motor, facilitando movimentos como rolar, sentar, engatinhar e andar. Fonte: Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

SIAB ver Sistema de Informação da Atenção Básica

SIASI ver Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SIGTAP ver Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP)

SIH ver Sistema de Informação Hospitalar

SIM ver Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM)

SIMAPES ver Sistema de Mapeamento em Educação na Saúde

SINAPI ver Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil

Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

1. No âmbito das Informações sobre a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Medidas de Controle, identifica-se a síndrome como o conjunto de alterações provocadas pela perda de imunidade medida por células, a partir da ação de um agente viral, provavelmente o HTLV-III ou LAV e que se manifestam pelo aparecimento de infecções oportunistas e/ou neoplasias, particularmente o Sarcoma de Kaposi. Fonte: Anexo XXXIII da PRC GM/MS nº 5.

Siops ver Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops)

SIPNASS ver Sistema de Informação [Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde]

SISAB ver Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)

SISAN ver Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional

SISAUD/SUS ver Sistema de Auditoria do SUS

SISCAN ver Sistema de Informação de Câncer (SISCAN)

SISLAB ver Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública

Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão)

1. São objetivos do Sistema Cartão: I – identificar o usuário das ações e serviços de saúde; II – possibilitar o cadastramento dos usuários das ações e serviços de saúde, com validade nacional e base de vinculação territorial fundada no domicílio residencial do seu titular; III – garantir a segurança tecnológica da base de dados, respeitando-se o direito constitucional à intimidade, à vida privada, à integralidade das informações e à confidencialidade; IV – fundamentar a vinculação do usuário ao Registro Eletrônico de Saúde (RES) para o SUS; e V – possibilitar o acesso do usuário do SUS aos seus dados. Fonte: *caput do art. 258 da PRC GM/MS nº 1*.

2. Sistema de informação de base nacional que permite a identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, com atribuição de um número único válido em todo o território nacional. O Sistema Cartão permite: I – a vinculação do usuário à atenção realizada pelas ações e serviços de saúde, ao profissional e ao estabelecimento de saúde responsável pela sua realização; e II – a disponibilização aos usuários do SUS os dados e das informações de seus contatos com o SUS, por meio do Portal de Saúde do Cidadão. Fonte: *caput do art. 256 da PRC GM/MS nº 1*.

Ver também: Cartão Nacional de Saúde.

Sistema de Abastecimento de Água para Consumo Humano

1. No âmbito do Controle e da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e seu Padrão de Potabilidade, instalação composta por um conjunto de obras civis, materiais e equipamentos, desde a zona de captação até as ligações prediais, destinada à produção e ao fornecimento coletivo de água potável, por meio de rede de distribuição. Fonte: *inciso VI do caput do art. 5º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Água para Consumo Humano.

Sistema de Apoio

1. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, os pontos de atenção à saúde garantem tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde, nos seguintes termos para o Componentes dos Sistemas de Apoio: a) realizar exames complementares relativos ao rastreamento, ao diagnóstico e ao tratamento do câncer, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado; b) registrar e inserir os dados pertinentes nos sistemas de informação vigentes; c) participar dos programas de garantia de qualidade dos exames de diagnóstico implantados; d) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento do câncer, de acordo com plano regional de organização das linhas de cuidado dos diversos tipos de câncer e com as regras de incorporação de tecnologias no SUS nos termos da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Fonte: *inciso IV do caput do art. 26 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

2. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, lugar institucional da rede, onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SOMASUS)

1. Tem como objetivo de auxiliar gestores e técnicos na elaboração de projetos de investimentos em infraestrutura na área de saúde. Fonte: *caput do art. 671 da PRC GM/MS nº 6.*

Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) (SAIPS)

1. Tem por objetivo aperfeiçoar as solicitações de transferências de recursos financeiros ou credenciamento/habilitação de serviços necessários à implementação de políticas em saúde, permitindo transparéncia, agilidade, organização e monitoramento das solicitações. Fonte: *caput do art. 423 da PRC GM/MS nº 1.*
2. As modalidades de transferência de recursos financeiros que poderão ser solicitadas através do SAIPS são as seguintes: I – incentivo: recurso da categoria econômica corrente ou capital destinado à implantação de serviço ou componente de rede, transferido em parcela única do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, após publicação de Portaria específica ou solicitação de órgão do Ministério da Saúde ao Fundo Nacional de Saúde; II – custeio: recurso da categoria econômica corrente, transferido mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, após publicação de portaria específica; e III – habilitação ou credenciamento: formalização mediante portaria específica de serviço de saúde executado pelo estabelecimento de saúde, equipe, ou serviço/componente de rede enquanto prestadores ou integrantes do SUS. Fonte: *caput do art. 424 da PRC GM/MS nº 1.*

Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS)

1. O SISAUD/SUS tem por objetivos específicos: I – registrar, proteger e tratar as informações referentes às atividades de auditoria de saúde realizadas pelos componentes do SNA; II – integrar, hierarquizar, descentralizar e uniformizar o processo de tratamento das informações no âmbito do SNA; III – gerar informações baseadas no conhecimento, para a tomada de decisão, sobre processos de auditoria em trâmite no SNA e sobre a política de saúde estabelecida pelo Ministério da Saúde; IV – propiciar a otimização dos fluxos e a eficiência administrativa na gestão do SNA; V – subsidiar a prestação de informações aos órgãos de controle da administração e ao público em geral; e VI – possibilitar o desenvolvimento e o aperfeiçoamento

mento da gestão do SUS e dos processos de auditoria no âmbito do SNA. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo VII da PRC GM/MS nº 4.*

2. O SISAUD/SUS, via internet, tem por objetivo geral a sistematização do acompanhamento, do controle e da produção das informações decorrentes das atividades de auditoria do componente federal do SNA e dos componentes estaduais e municipais em todo o território nacional que se habilitarem ao uso do Sistema. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo VII da PRC GM/MS nº 4.*

Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP) (SIGTAP)

1. O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP) é o instrumento gerenciador desta Tabela. A Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS passa a ser utilizada por todos os sistemas de informação da atenção à saúde do SUS. Fonte: *caput do art. 328 da PRC GM/MS nº 1.*

Sistema de Governança

1. No âmbito das Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, a governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Nesse contexto, o Colegiado de Gestão Regional desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretarem a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região. No processo de governança são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistema de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas, etc. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Sistema de Informação [Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde] (SIPNASS)

1. Sistema informatizado com a finalidade de armazenar os dados coletados, gerenciar o fluxo a partir da aplicação dos instrumentos avaliativos e subsidiar a análise e a produção dos resultados do PNASS, para divulgação. Fonte: *caput do art. 860 da PRC GM/MS nº 5.*

Sistema de Informação Ambulatorial

1. Conforme o Manual de Operação disponível no endereço <http://w3.datasus.gov.br/sia/index.php?area=0401>, o SIA é o sistema que permite aos gestores municipais e estaduais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS. As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial. Além disto: subsidia os processos da Programação Pactuada Integrada (PPI); fornece informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução dos gastos referentes à assistência ambulatorial e oferece subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde. O processamento da produção ambulatorial é executado pelo gestor local por intermédio do SIA. O processo completo de processamento é composto pelas fases de: entrada, processamento, saída e disseminação. Fonte: *Anexo I da Portaria MS/GM 396 de 12/04/2000.*

Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, é o responsável pelo Acompanhamento e Avaliação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

Sistema de Informação da Atenção Básica (SI-AB)

1. É o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Fonte: *caput do art. 310 da PRC GM/MS nº 1.*

Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) (SIS-CAN)

1. São objetivos do SISCAN: I – integrar os sistemas de informação do câncer do colo do útero e do câncer de mama; II – identificar o usuário com o Sistema de Cadastro dos Usuários do SUS (CADSUS WEB); III – validar as informações dos estabelecimentos de saúde e de seus respectivos profissionais pelo SCNES; IV – permitir o gerenciamento das ações de detecção precoce, quais sejam rastreamento e diagnóstico precoce, do câncer; V – padronizar os formulários para solicitações de exames de mamografia, citopatológico do colo do útero e de mama e histopatológico do colo do útero e de mama; VI – padronizar e aprimorar a qualidade dos laudos, tornando obrigatório o uso para resultados padronizados pelo Ministério da Saúde dos exames de mamografia, de citopatológico do colo do útero e de mama e histopatológico do colo do útero e de mama; VII – permitir a análise da distribuição dos resultados dos exames conforme indicação dos procedimentos de rastreamento, diagnóstico inicial e confirmação diagnóstica, possibilitando-se o seguimento das mulheres com exames alterados e gestão de casos positivos; VIII – contribuir para o planejamento da oferta de serviços e para avaliação da necessidade de capacitações locais e auditorias; IX – permitir o Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ) e construção de indicadores para o Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ) dos exames citopatológicos do colo do útero; X – possibilitar a construção dos indicadores de qualidade do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM); XI – disponibilizar relatórios gerenciais e gerar relatórios padronizados; e XII – permitir o monitoramento dos tempos entre o diagnóstico de neoplasia maligna, do registro do resultado do exame no prontuário do paciente e o início do primeiro tratamento do paciente. Fonte: *caput do art. 352 da PRC GM/MS nº 1.*
2. Tem por finalidade permitir o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao inicio do tratamento de neoplasias malignas. O SISCAN será obrigatoriedade implantado pelos seguintes estabelecimentos de saúde, públicos

ou privados que atuam de forma complementar ao SUS: I – laboratórios de citopatologia e anatomia patológica; II – unidades fixas e móveis de radiologia com serviço de mamografia; III – nos serviços que realizam tratamento para câncer nas modalidades de cirurgia, quimioterapia e radioterapia; e IV – nas coordenações estaduais, do Distrito Federal e municipais que acompanham as ações de controle do câncer. Fonte: *caput do art. 350 da PRC GM/MS nº 1.*

Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) (SISAB)

1. Sistema de informação vigente para fins de financiamento dos Serviços de Atenção Domiciliar. O SISAB passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Fonte: *parágrafo 2º do art. 307 da PRC GM/MS nº 1.*

Sistema de Informação Hospitalar (SIH)

1. Conforme o Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar do SUS aprovado pela Portaria/GM/MS 396 de 12/04/00, o Sistema de Informação Hospitalar/SIH/SUS é o sistema onde são processados os registros do atendimento do paciente internado, que são enviados ao Ministério da Saúde para compor o Banco de Dados Nacional a partir do qual são disseminadas as informações. Este sistema é de uso dos gestores locais para processar a produção de todos os estabelecimentos sob sua gestão. Neste sistema é importado o arquivo exportado do SISAIH01 por cada estabelecimento. Ele auxilia gestores locais no controle, avaliação e auditoria. O Manual atualizado está disponível no endereço http://sihd.datasus.gov.br/documentos/documentos_sihsd2.php. Fonte: *Anexo I da Portaria MS/GM 396 de 12/04/2000.*
2. No âmbito do Sistema de Informação Hospitalar, a Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA) deverá ser encaminhada pelos estabelecimentos de saúde, mensalmente, às Secretarias Municipal/Estadual de Saúde, de acordo com a gestão informada no CNES, utilizando a última versão do aplicativo. Todos os estabelecimentos de saúde situados no território nacional, públicos e privados, integrantes ou não do SUS, devem informar ao Ministério da Saúde, por intermédio dos gestores municipais ou estaduais, a ocorrência de todas as internações, independente da fonte de remuneração dos serviços prestados. Fonte: *caput do art. 337 da PRC GM/MS nº 1.*

Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) (SIM)

1. A vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS. A vigilância dos óbitos infantis e fetais é atribuição das Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE) das secretarias estaduais, municipais e do Distrito Federal e no âmbito federal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. A busca ativa, a investigação, a análise e o monitoramento de óbitos infantis e fetais devem ser realizados por profissionais da saúde designados pelas secretarias de saúde municipal, estadual e do Distrito Federal. Para fins de investigação, são critérios mínimos de caso todos os óbitos: I – pós-neonatais (28 dias a 1 ano incompleto de vida ou 364 dias); II – neonatais (0 a 27 dias de vida); e III – fetais (natimortos). Os instrumentos base que servirão como roteiro para a investigação devem ser aqueles padronizados para uso no estado ou município, ou os recomendados pela publicação "Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal" do Ministério da Saúde ou outros que venham a ser recomendados pela SVS/MS.

Fonte: *caput do art. 396 da PRC GM/MS nº 1.*

Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops) (Siops)

1. Para cumprimento das diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), as seguintes definições deverão ser adotadas: I – certificado digital: documento eletrônico que contém o nome, número público exclusivo denominado chave pública e outros dados que identificam o seu emissor para as pessoas e sistemas de informação; II – declaração: processo de registro de dados por meio de programa específico do SIOPS; III – demonstrativo: instrumento de análise e controle em nível gerencial (tomada de decisão), que demonstra as situações econômico-financeira e patrimonial do exercício, estando as informações disponíveis nos Balanços Orçamentário, Financeiro, Patrimonial, Demonstração das Variações Patrimoniais e Demonstração das Disponibilidades Financeiras por Fonte de Recursos e também no Balanço Patrimonial e na Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido, elaborados de acordo com a Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964; IV – funcionalidade restrita: módulo disponível na interface "web" do SIOPS no Portal da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br, para atualização de dados e informações que sejam relativas à operacionalização do sistema, com acesso disponível apenas para usuários previa-

mente cadastrados; V – homologação: processo de ratificação, pelo gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), de dados declarados por meio de programa do SIOPS, mediante utilização de certificado digital; VI – módulo de controle externo: funcionalidade disponível na interface "web" do SIOPS no Portal da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br, que permite aos Tribunais de Contas o registro de dados e informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde; VII – programa ou "software": conjunto de instruções que descrevem uma tarefa a ser realizada por um computador; VIII – Receita Total: somatório das receitas correntes e de capital; IX – relatório: conjunto de informações que reportam resultados parciais ou totais de uma determinada atividade; X – sistema: conjunto de componentes interrelacionados que coletam, recuperam, processam, armazenam, organizam e disponibilizam dados e informações; XI – técnicos autorizados pelos gestores do SUS: profissionais indicados pelos gestores do SUS para registro de dados no programa ou "software" de declaração do SIOPS e envio à respectiva base de dados do sistema, mediante informação de usuário e senha, para posterior homologação, dispensada a utilização de certificado digital; XII – transferências constitucionais: recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do "caput" do art. 158 e as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do "caput" do art. 159 da Constituição Federal; XIII – transferências voluntárias: a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional ou legal nem seja destinada ao SUS; e XIV – transmissão de dados: processo de envio de dados declarados e homologados por meio de programa do SIOPS. Fonte: *caput do art. 442 da PRC GM/MS nº 1.*

2. Sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, para o registro eletrônico centralizado e atualizado das informações referentes aos orçamentos públicos em saúde da União, estados, Distrito Federal e municípios, incluída sua execução. O SIOPS deverá coletar, recuperar, processar, armazenar, organizar e disponibilizar dados e informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde, atendendo às especificidades de cada ente da Federação, de forma a possibilitar o monitoramento da aplicação de recursos no SUS. Fonte: *caput do art. 444 da PRC GM/MS nº 1.*

3. No âmbito da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, será desenvolvido com observância dos

seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento: I - obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios; II - processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados; III - disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público; IV - realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis; V - previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos arts. 48 e 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS; VI - integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Fonte: *parágrafo 1º do art. 39 da Lei Complementar FED 141 de 13/01/2012.*

4. Para cumprimento das diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), serão consideradas Receitas Vinculadas dos Estados e Distrito Federal: receitas de impostos de competência estadual, deduzidas as transferências obrigatórias aos Municípios, acrescidas das receitas oriundas de transferências da União, incluídos os seguintes impostos e receitas: a) Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS); b) Imposto sobre Propriedade de Veículo Automotivo (IPVA); c) Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCMD); d) cota-partes do Fundo de Participação dos Estados (FPE); e) cota-partes do Imposto sobre Produtos Industrializados decorrente de exportações (IPI-Exportação); f) cota-partes sobre o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF); g) transferências decorrentes da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996 (Lei Kandir); e h) receita de dívida ativa, multas, correção monetária e juros de mora relativos aos

impostos referidos nas alíneas "a", "b", "c", "e" e "f". X – Receitas Vinculadas dos municípios e Distrito Federal: receitas de impostos de competência municipal acrescidas das receitas oriundas de transferências da União e dos Estados, incluídos os seguintes impostos e receitas: a) Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS); b) Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU); c) Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis (ITBI); d) cota-partes do Fundo de Participação dos Municípios (FPM); e) cota-partes do Imposto sobre a Propriedade Rural (ITR); f) cota-partes do Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF); g) cota-partes do ICMS; h) cota-partes do IPVA; i) cota-partes do IPI-Exportação; j) transferências decorrentes da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996 (Lei Kandir); k) receita de dívida ativa, multas, correção monetária e juros de mora relativos aos impostos referidos nas alíneas "a", "b", "c", "e", "f", "g", "h" e "i". Fonte: *inciso IX do caput do art. 443 da PRC GM/MS nº 1.*

Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis) (Saúde Legis)

1. Sistema online para a gestão e a recuperação de texto completo dos atos normativos editados pelo Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas, publicados no Diário Oficial da União (DOU) e no Boletim de Serviço do Ministério da Saúde (BSE) e tem por finalidade sistematizar a produção normativa do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas, garantindo a identificação, o registro e a disseminação dos atos normativos, promovendo o acesso gratuito desses atos ao público em geral por meio da internet. O Saúde Legis permitirá a realização de pesquisa simultânea com a Base da Legislação Federal Brasileira, disponível no endereço eletrônico da Presidência da República. Fonte: *caput do art. 505 da PRC GM/MS nº 1.*

Sistema de Mapeamento em Educação na Saúde (SIMAPES)

1. São objetivos do SIMAPES: I - investigar a relação entre a oferta de cursos de graduação na área da saúde, cursos técnicos e a estrutura de serviços de saúde, especialmente quanto ao oferecimento de campo de prática suficiente e de qualidade; II - averiguar as necessidades de formação e qualificação dos gestores, profissionais e trabalhadores no âmbito do SUS; III - prover o Ministério da Saúde de informações para a tomada de decisão na determinação de ações em educação na saúde; IV - divulgar informações sobre a capacidade instalada do SUS em relação à formação

de profissionais de saúde, de forma a possibilitar o estabelecimento de parâmetros nacionais e internacionais de melhores práticas educacionais na saúde; V - subsidiar a edição de futura norma geral e permanente acerca do mapeamento, monitoramento e avaliação de dados de educação na saúde; e VI - aprimorar a expertise da direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) para orientar políticas públicas de educação em saúde, conforme atribuições previstas no inciso III do art. 6º e no inciso IX do art. 16, ambos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Fonte: *caput do art. 2º da Portaria MS/GM 1858 de 28/07/2020*.

2. Sistema que busca viabilizar a coleta, análise e disponibilização de informações pertinentes à educação em saúde no Brasil. Fonte: *caput do art. 1º da Portaria MS/GM 1858 de 28/07/2020*.

Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPOS)

1. No âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), tem por finalidade o monitoramento, análise e investigação dos eventos adversos e queixas técnicas relacionados aos serviços e produtos sob vigilância sanitária na fase de pós-comercialização/pós-uso. Fonte: *caput do art. 14 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 4*.

Sistema de Prontuário Eletrônico [Programa Informatiza APS]

1. No âmbito do Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde – Informatiza APS, sistema a ser utilizado em toda a rede de Atenção Primária à Saúde, preferencialmente o Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC da estratégia e-SUS APS, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, ou outro sistema compatível com o modelo de dados adotado pelo Ministério da Saúde, devendo ser observado, para fins de integração com a base de dados do sistema de informação da Atenção Primária à Saúde, o modelo mais recente do padrão Layout e-SUS APS de Dados de Interface (LEDI) de comunicação entre os sistemas, conforme especificação técnica do sistema e-SUS APS. Fonte: *inciso II do caput do art. 504-B da PRC GM/MS nº 5*.

Sistema de Qualidade [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, estrutura organizacional, responsabilidades, políticas, processos, procedimentos e recursos

estabelecidos pela diretoria-executiva da instituição para atingir a política de qualidade. Fonte: *inciso XXXIX do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5*.

Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia

1. Tem como objetivo o registro das informações e dados relacionados ao acompanhamento de crianças com casos suspeitos ou confirmados de microcefalia, com vistas ao aprimoramento das investigações epidemiológicas e do acompanhamento em saúde. Fonte: *caput do art. 321 da PRC GM/MS nº 1*.

Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN)

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), sistema público de abrangência nacional que possibilita a gestão Intersectorial e participativa e a articulação entre os entes federados para a implementação das políticas públicas promotoras da segurança alimentar e nutricional, numa perspectiva de complementaridade de cada setor. É integrado por uma série de órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2*.

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (SISVAN)

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), operado a partir da atenção básica à saúde, tem como objetivo principal monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, em todas as fases do curso da vida. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2*.
2. As orientações básicas para a implementação das ações do SISVAN, no âmbito do SUS, em todo o território nacional, são: I – fornecer informação contínua e atualizada sobre a situação alimentar e nutricional dos municípios e dos estados; II – identificar áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais sob risco dos agravos nutricionais; III – promover o diagnóstico precoce dos agravos nutricionais, seja de baixo peso ou sobre peso e/ou obesidade, possibilitando ações preventivas às consequências desses agravos; IV – possibilitar o acompanhamento e a avaliação do estado nutricional de famílias beneficiárias de programas sociais; e V – oferecer subsídios à formulação e à avaliação de políticas públicas direcionadas a melhoria

da situação alimentar e nutricional da população brasileira. Fonte: *caput do art. 313 da PRC GM/MS nº 1.*

3. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), operado a partir da atenção básica à saúde, tem como objetivo principal monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, em todas as fases do curso da vida. Deve, ainda, apoiar os profissionais de saúde no diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais e no levantamento de marcadores de consumo alimentar que possam identificar fatores de risco ou proteção, tais como o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Sistema de Vigilância em Saúde

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, o sistema deverá identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, como a organização dos serviços no Distrito Sanitário, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade. Essas informações servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática, facilitando a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.*

Sistema de Vigilância Epidemiológica

1. No âmbito de Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, compreenderá a implantação, com recurso eletrônico, de uma rede de informação estatística destes acidentes, que inclua a captação, o transporte e o armazenamento de dados. Esta rede deverá estar integrada e acessível a todos os fóruns em nível municipal, estadual e federal e possibilitar a análise não apenas dos dados de acidente, como também de outros parâmetros de segurança que auxiliem na identificação de causas e na proposta de medidas preventivas. A organização e o desenvolvimento das ações implicarão a definição de um boletim de ocorrência padrão e a formação de técnicos em vigilância epidemiológica de acidente de trânsito. Fonte: *Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.*

Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento do Sistema Único de Saúde (DGMP)

1. Deve ser obrigatoriamente utilizado pelos estados, Distrito Federal e municípios, para: I – registro de informações e documentos relativos: a) ao Plano de Saúde; b) à Programação Anual de Saúde; e c) às metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores; II – elaboração de: a) Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA; e b) Relatório Anual de Gestão – RAG; e III – envio ao Conselho de Saúde respectivo: a) das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores, para inclusão da análise e do parecer conclusivo pelo Conselho, contemplando o fluxo ascendente de que dispõem as resoluções da Comissão Intergestores Tripartite – CIT para a Pactuação Interfederativa de Indicadores; b) do RDQA, para inclusão da análise pelo Conselho, nos termos do art. 41 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; e c) do RAG, para inclusão da análise e do parecer conclusivo pelo Conselho, nos termos do § 1º do art. 36 da Lei Complementar nº 141, de 2012. São objetivos do DGMP: I – o aperfeiçoamento da gestão em saúde; II – a facilitação do acompanhamento das políticas de saúde; III – o aprimoramento do uso dos recursos públicos; IV – o apoio aos gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde; e V – a transparência das políticas de saúde e do uso dos recursos públicos em saúde. Fonte: *caput do art. 436 da PRC GM/MS nº 1.*

Sistema Logístico

1. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde, nos seguintes termos para o Componentes dos Sistemas Logísticos: a) realizar o transporte sanitário eletivo para os usuários com câncer, quando necessário; b) viabilizar e implementar a estrutura necessária para a informatização dos pontos de atenção à saúde por meio de recursos humanos, equipamentos, acesso à internet, entre outras medidas; c) prever centrais de regulação para o diagnóstico e tratamento do câncer. Fonte: *inciso VI do caput do art. 26 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito de Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, constitui solução em saúde, em geral relacionada à tecnologia de informação, in-

tegrada pelo sistema de identificação e de acompanhamento dos usuários, o registro eletrônico em saúde, os sistemas de transporte sanitários e os sistemas de informação em saúde. 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. Fonte: *caput do art. 18 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

3. No âmbito de Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, solução em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, e ligadas ao conceito de integração vertical. Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na rede de atenção à saúde. Estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários. Fonte: *Anexo I da PRC GM/MS nº 3.*

Sistema Nacional de Auditoria (SNA)

1. É aquele que acompanha a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994. Fonte: *caput do art. 793 da PRC GM/MS nº 6.*
2. A Lei nº 8.689/1993, que instituiu o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), define, no art. 6º, como competência precípua do SNA, a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS. Destaca que a concretização do SNA deverá se dar de forma descentralizada por meio dos órgãos estaduais, municipais e da representação do Ministério da Saúde em cada estado da Federação, expressando assim a sua dimensão técnica e política. Além de exercer as atividades

de controle das ações e serviços de saúde, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento, deve proceder à avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade, bem como realizar auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial, como estabelece o Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Cabe, portanto, ao Departamento Nacional de Auditoria a realização de auditorias, o fortalecimento dos componentes estaduais e municipais do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS, visando unificar os processos e práticas de trabalho para os três entes federativos, bem como contribuir para o aperfeiçoamento organizacional, normativo e de recursos humanos dos órgãos que compõem o SNA. Isto ocorre por meio de mecanismos que busquem maior interação e troca de informações entre seus componentes, possibilitando um diagnóstico mais preciso das necessidades de desenvolvimento e ações de capacitação de recursos humanos para a assunção das responsabilidades em cada nível de gestão. Deve atuar orientado, também, pelos resultados do monitoramento implementado pelas áreas finalísticas; pelos indicadores de avaliação; pelos pontos relevantes e fatores de riscos evidenciados por auditorias anteriores; pelas demandas originadas dos conselhos de saúde, movimentos sociais, do cidadão, de outros órgãos de controle e pelas prioridades governamentais, retroalimentando a gestão do SUS. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.*

Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS)

1. No âmbito da Política Nacional de Medicamentos, é o instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para qualificar a gestão da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Fonte: *caput do art. 7º do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica da Saúde Indígena (Hórus Indígena)

1. Sistema de informação oficial para a gestão da assistência farmacêutica na SASISUS. O Hórus Indígena será implantado e alimentado de forma contínua nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SE-SAI/MS), de forma a subsidiar o planejamento, o mo-

nitoramento e avaliação das ações e, assim, fortalecer a gestão da assistência farmacêutica do SASISUS. Fonte: parágrafo 1º do art. 22 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.

Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB)

1. Conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizadas em sub-redes, por agravos ou programas, de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à vigilância em saúde – compreendendo a vigilância epidemiológica e vigilância em saúde ambiental, vigilância sanitária e assistência médica. Fonte: caput do art. 1º do Anexo II da PRC GM/MS nº 4.

Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS

1. No âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), estruturado em seu interior, deve atuar de forma auxiliar e complementar, considerando as estruturas já institucionalizadas, tais como os conselhos de saúde, as comissões intergestores, as corregedorias e o Sistema Nacional de Auditoria. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.

Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil (SINAPI)

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), o cálculo realizado mensalmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio de convênio com a Caixa Econômica Federal, que tem como objetivo a produção de informações de custos e índices de forma sistematizada e com abrangência nacional, visando à elaboração e avaliação de orçamentos, como também acompanhamento de custos. Fonte: inciso XXIII do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

1. As bases de atuação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, são: I – as recomendações emanadas do

Conselho Nacional de Saúde, que deverão expressar o marco referencial do sistema; II – A organização do sistema de modo a garantir: a) a efetiva descentralização da execução dos serviços e ações da União para os estados e municípios, e dos estados para os municípios e instâncias regionais; b) planejamento e definição de prioridades das ações a serem empreendidas em cada esfera de governo com base nas realidades locorregionais, compatibilizadas a nível estadual e nacional; c) colegiado e instâncias regionalizadas de representação técnica, administrativa e política que estabeleçam o planejamento e acompanhamento das ações de vigilância sanitária e compatibilizem os planos estaduais condicionando o planejamento a nível nacional; d) a inclusão, nos quadros de pessoal, de classes de servidores técnicos e administrativos que devam integrar as equipes multidisciplinares para atender à diversidade de funções no campo da defesa e proteção da saúde; e) a efetiva participação do conjunto das profissões de saúde nas ações e serviços de vigilância sanitária. III – a caracterização de uma Rede de Laboratórios Oficiais de Controle da Qualidade em saúde cuja a hierarquização e categorização constará de regimento próprio sendo representada por Conselho e sujeitos às seguintes exigências: a) acessibilidade prioritária aos serviços técnicos dos órgãos e entidades do SUS bem como do Poder Judiciário, do Ministério Público e dos órgãos e entidades voltadas para defesa do consumidor; b) atuação orientada e controlada, do ponto de vista técnico-científico, por conselhos de laboratórios. IV – a implantação de um Sistema Nacional de Informações em Vigilância Sanitária que permita: a) a coleta, o processamento, a consolidação e análise sistemática de informações pertinentes às atividades de fiscalização e controle da produção, armazenamento, distribuição, comercialização e consumo de produtos e serviços de interesse à saúde individual e coletiva; b) o monitoramento de fatores de risco à saúde a partir das informações disponíveis; c) o planejamento e avaliação do impacto das ações de vigilância sanitária na manutenção e melhoria da qualidade de vida; d) a democratização da informação com livre acesso a todos os participantes do Sistema de Vigilância, e particular e à toda sociedade em geral às informações disponíveis. V – a garantia do direito individual e coletivo de acesso ao sistema de informações sobre vigilância em saúde, para o desenvolvimento de ações com efetiva participação do cidadão. Fonte: caput do art. 4º do Anexo VI da PRC GM/MS nº 4.

2. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), compreende o conjunto de ações, defi-

nidas na Lei nº 8.080/1990, executado por instituições da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária. Fonte: Anexo I do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

3. A atuação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, far-se-á integradamente com o Sistema de Nacional de Vigilância Epidemiológica, e se orientará pelas seguintes diretrizes: I – identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, em territórios definidos; II – formulação de política de saúde que leve em conta os fatores econômicos e sociais, determinantes de doenças e outros agravos à saúde; III – promoção e proteção da saúde mediante a realização integrada de ações educativas e de informação, da prevenção de danos e agravos à saúde individual e coletiva, do diagnóstico e da terapêutica; IV – a coleta sistemática, consolidação, análise e interpretação de dados e informações sobre produção, armazenagem, distribuição e consumo de produtos e serviços, condições de vida e de ambiente de trabalho com vistas a formulação de políticas, planos e programas; V – estímulo e fortalecimento da participação da comunidade nas ações preventivas e corretivas de iniciativa do Poder Público, que dizem respeito à saúde coletiva; VI – garantia de condições adequadas para o exercício de profissões relacionadas diretamente com a saúde, apara a prestação dos serviços de saúde de qualidade com acesso universalizado; e VII – avaliação da tecnologia em saúde, com ênfase na identificação de inadequações na produção e no uso de equipamentos, medicamentos, imunobiológicos e outros insumos para saúde. Fonte: *caput do art. 5º do Anexo VI da PRC GM/MS nº 4.*

Sistemas de Apoio

1. No âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, constituem sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, tais como patologia clínica e imagens e de assistência farmacêutica. Fonte: *caput do art. 17 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Sistema Tradicional Indígena de Saúde

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, baseado em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto

de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácia empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde. Fonte: Anexo I do Anexo XIV da PRC GM/MS nº 2.

Sistema Único de Saúde (SUS)

1. No âmbito de Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, é a estratégia descentralizada para a atenção e o cuidado à saúde, tendo por base os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade, indicando que esta deve atuar na formulação e no controle das políticas públicas de saúde. Fonte: Anexo I do Anexo XXXIX da PRC GM/MS nº 2.
2. Constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Estão incluídas no disposto neste artigo [4º, Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990] as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar. Tem por objetivos: I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I – a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; II – a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; III – a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; IV – a vigilância nutricional e a orientação alimentar; V – a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; VI – a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; VII – o controle e a fiscalização de serviços, pro-

dutos e substâncias de interesse para a saúde; VIII – a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; IX – a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; X – o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; XI – a formulação e execução da política de sangue e seus derivados. Fonte: *caput do art. 4º da Lei FED 8080 de 19/09/1990.*

3. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII – participação da comunidade; IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Fonte: *caput do art. 7º da Lei FED 8080 de 19/09/1990.*

4. No âmbito do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. Fonte: *caput do art. 3º da Decreto FED 7508 de 28/06/2011.*

SISVAN ver Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

Situação da Capacidade Hospitalar Instalada

1. No âmbito de Matriz Diagnóstica, é o terceiro grupo de indicadores, formado por: I - Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde; II - Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco ; III - Identificação dos leitos UTI neonatal existentes ; e IV - Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto. Fonte: *Anexo 1 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

Ver também: Matriz Diagnóstica.

Situação de Desassistência à População

1. No âmbito da Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), evento que, devidamente reconhecido mediante a decretação de situação de emergência ou calamidade pública pelo ente federado afetado, coloque em risco a saúde dos cidadãos por incapacidade ou insuficiência de atendimento à demanda e que extrapolem a capacidade de resposta das direções estadual, distrital e municipal do SUS. Fonte: *alínea c do inciso I do caput do art. 23 da PRC GM/MS nº 1.*

Situação de Desastre

1. No âmbito da Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), evento que configure situação de emergência ou estado de calamidade pública reconhecido pelo Poder Executivo federal nos termos da Lei nº 12.340, de 1º de dezembro de 2010, e que implique atuação direta na área de saúde pública. Fonte: *alínea b do inciso I do caput do art. 23 da PRC GM/MS nº 1.*

Situação Epidemiológica

1. No âmbito da Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), o surto e epidemia que: 1. apresentem risco de disseminação nacional; 2. sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados; 3. representem a reintrodução de doença erradicada; 4. apresentem gravidade elevada; ou 5. extrapolem a capacidade de resposta da direção estatal do SUS. Fonte: *alínea a do inciso I do caput do art. 23 da PRC GM/MS nº 1.*

SNA ver Sistema Nacional de Auditoria

Soberania Alimentar

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), refere-se ao direito dos povos de decidir seu próprio sistema alimentar e de produzir alimentos saudáveis e culturalmente adequados, acessíveis, de forma sustentável e ecológica, colocando aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências de mercado. Fonte: *Anexo I do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e de acordo com a Declaração de Nyélény (2007), “é um direito dos povos a alimentos nutritivos e culturalmente adequados, acessíveis, produzidos de forma sustentável e ecológica, e seu direito de decidir seu próprio sistema alimentar e produtivo. Isso coloca aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências dos mercados e das empresas. (...) A soberania alimentar promove o comércio transparente, que garanta uma renda digna para todos os povos, e os direitos dos consumidores de controlarem sua própria alimentação e nutrição. Garante que os direitos de acesso e a gestão da terra, territórios, águas, sementes, animais e a biodiversidade estejam nas mãos daqueles que produzem os alimentos. A soberania alimentar supõe novas relações sociais livres de opressão e desigualdades entre homens e mulheres, grupos raciais, classes sociais e gerações”. Fonte: *Anexo I do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Sobrepeso

1. No âmbito das diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças

crônicas, no caso de indivíduos adultos, considera-se com sobrepeso aqueles que apresentem IMC maior ou igual a 25 kg/m² e menor que 30 kg/m². Fonte: *parágrafo 3º do art. 29 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Solução Aditiva [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito de regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, solução adicionada a componentes celulares para manutenção de suas propriedades durante o armazenamento. Fonte: *inciso XL do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Solução Alternativa Coletiva de Abastecimento de Água para Consumo Humano

1. No âmbito do Controle e da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e seu Padrão de Potabilidade, modalidade de abastecimento coletivo destinada a fornecer água potável, com captação subterrânea ou superficial, com ou sem canalização e sem rede de distribuição. Fonte: *inciso VII do caput do art. 5º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 5.*

Solução Alternativa Individual de Abastecimento de Água para Consumo Humano

1. No âmbito do Controle e da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e seu Padrão de Potabilidade, modalidade de abastecimento de água para consumo humano que atenda a domicílios residenciais com uma única família, incluindo seus agregados familiares. Fonte: *inciso VIII do caput do art. 5º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Água para Consumo Humano e Solução Alternativa Coletiva de Abastecimento de Água para Consumo Humano.

SOMASUS ver Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde

SRC ver Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero

SRT ver Serviço Residencial Terapêutico

SRT Tipo I

1. No âmbito de serviços residenciais terapêuticos em saúde mental para o atendimento ao portador de transtornos mentais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é moradia destinada a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher até no máximo 10 (dez) moradores. Fonte: parágrafo 1º do art. 80 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.
2. No âmbito de Diretrizes de Funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é a modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social. O SRT tipo I deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número. Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros). Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência. A incorporação deste profissional deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores. Fonte: Anexo 4 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.

SRT Tipo II

1. No âmbito de Diretrizes de Funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é a modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretivas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente. Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número. O encaminhamento de moradores para SRTs tipo II deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para

a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção deles na rede social existente. Fonte: Anexo 4 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.

2. No âmbito de serviços residenciais terapêuticos em saúde mental para o atendimento ao portador de transtornos mentais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é a modalidade de moradia destinada à pessoa com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessita de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo 10 (dez) moradores. Fonte: parágrafo 2º do art. 80 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.

Subcomissão Técnica de Atualização da RENAME e do FTN

1. Compete-lhe: I – revisar o elenco de medicamentos e insumos da RENAME vigente, visando a sua atualização permanente; II – demandar ao Plenário a avaliação para incorporação, exclusão e alteração de medicamentos e insumos da RENAME analisados pela subcomissão, que constam ou não da RENAME vigente; III – consolidar periodicamente a RENAME, a partir das deliberações da CONITEC, e submetê-la ao DAF/SC-TIE/MS para fins de pactuação tripartite; e IV – atualizar de forma permanente o FTN, tornando-o instrumento para a promoção do uso racional dos medicamentos definidos na RENAME. Fonte: caput do art. 21 do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 1.

Subcomissão Técnica de Atualização da RENASES

1. Compete-lhe: I – revisar o elenco de ações e serviços disponibilizados na RENASES vigente, visando a sua atualização permanente; II – demandar ao Plenário a avaliação para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias e procedimentos da RENASES analisados pela subcomissão, que constam ou não da RENASES vigente; e III – consolidar periodicamente a RENASES, a partir das deliberações da CONITEC, e submetê-la à pactuação tripartite. Fonte: caput do art. 23 do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 1.

Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT

1. Compete-lhe: I – aprimorar guia metodológico para a elaboração de PCDT; II – definir metodologia e fluxo

para avaliação de PCDT; III – construir banco de especialistas para elaborar e revisar IV – desenvolver critérios para a escolha de temas para futuros PCDT; V – definir temas para novos PCDT e delimitar escopo; VI – acompanhar, em conjunto com os órgãos competentes do Ministério da Saúde, a elaboração dos PCDT; VII – avaliar a versão preliminar do texto do PCDT e os algoritmos de diagnóstico, tratamento e monitoramento propostos; VIII – avaliar as evidências apresentadas e definir a necessidade de estudos adicionais; IX – receber a síntese das contribuições das consultas públicas realizadas pelos órgãos competentes do Ministério da Saúde e avaliar a necessidade de informações adicionais; X – avaliar a versão final do PCDT e preparar manifestação técnica para subsidiar a análise pelo Plenário; XI – desenvolver estratégias de comunicação e disseminação dos PCDT para os diversos atores da sociedade; e XII – atualizar periodicamente os PCDT vigentes. Fonte: *caput do art. 19 do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 1.*

Subcomissões Técnicas da CONITEC

1. Tem a função de prover apoio técnico às reuniões do Plenário da CONITEC. Fonte: *caput do art. 13 do Anexo XVI da PRC GM/MS nº 1.*

Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações [do Ministério da Saúde]

1. O Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações será coordenado pelo Gestor de Segurança da Informação e Comunicações, a quem caberá: I – promover cultura de segurança da informação e comunicações; II – acompanhar as investigações e as avaliações dos danos decorrentes de quebras de segurança; III – propor recursos necessários às ações de segurança da informação e comunicações; IV – coordenar a equipe de tratamento e resposta a incidentes em redes computacionais; V – realizar e acompanhar estudos de novas tecnologias, quanto a possíveis impactos na segurança das informações e comunicações; VI – manter contato direto com o Departamento de Segurança da Informação e Comunicações (DSIC/GSI/PR) para o trato de assuntos relativos à segurança da informação e comunicações; e VII – propor normas relativas à segurança da informação e comunicações. Fonte: *parágrafo 2º do art. 252 da PRC GM/MS nº 1.*
2. Compete-lhe: I – assessorar na implementação das ações de segurança da informação e comunicações; II – constituir grupos de trabalho para tratar de temas

e propor soluções específicas sobre segurança da informação e comunicações; III – propor alterações na Política de Segurança da Informação e Comunicações; e IV – propor normas relativas à segurança da informação. Fonte: *caput do art. 252 da PRC GM/MS nº 1.*

Subcomponente Ambulatorial Especializado

1. No âmbito de Atenção Especializada, componente da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, constitui um conjunto de ações e serviços eletivos de média e alta densidade tecnológica, com a finalidade de propiciar a continuidade do cuidado. Fonte: *caput do art. 14 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Ver também: Atenção Especializada à Saúde.

Subcomponente de Urgência e Emergência

1. No âmbito de Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, 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. 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. Fonte: *caput do art. 16 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Subcomponente Hospitalar

1. No âmbito de Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, o subcomponente hospitalar da Atenção Especializada constitui-se no ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos ou crônicos agudizados. Fonte: *caput do art. 15 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Suficiência

1. No âmbito de Atenção Primária à Saúde, é o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários

rios, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade. Fonte: Anexo I da PRC GM/MS nº 3.

Suplemento Nutricional

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), alimento que serve para complementar, com calorias e/ou nutrientes a dieta diária de uma pessoa saudável, em casos em que sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente, ou quando a dieta requer suplementação. Fonte: Anexo I do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Suplemento Vitamínico e/ou Mineral

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), alimento que serve para complementar, com outros nutrientes, a dieta diária de uma pessoa saudável, em casos em que sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente, ou quando a dieta requer suplementação; devem conter um mínimo de 25% e no máximo 100% da ingestão diária recomendada (IDR) de vitaminas e/ou minerais, na porção diária indicada pelo fabricante, não podendo substituir os alimentos, nem ser considerado como dieta exclusiva. Fonte: Anexo I do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Supporte Avançado de Vida

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, estrutura de apoio oferecida a pacientes em risco de morte, promovido por profissionais médicos, por intermédio de medidas não-invasivas ou invasivas (como, por exemplo, drenagem de tórax, acesso às vias aéreas, acesso venoso etc.). Fonte: Anexo I do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

Supporte Básico de Vida

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, estrutura de apoio oferecida a pacientes com risco de morte desconhecido, promovida por profissionais de saúde, por meio de medidas conservadoras não-invasivas (como imobilização do pescoço, compressão de sangramento etc.). Fonte: Anexo I do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

Suposições Importantes em Modelo para Apresentação de Projetos Referentes ao PRO-ADI-SUS

1. Espécie de análise de riscos do projeto. Suposições são fatores, externos ou internos ao projeto, considerados verdadeiros, reais ou certos, para fins de planejamento. Os fatores externos escapam à influência direta da gerência do projeto nos Hospitais de Excelência, estando mais ligados às condições ambientais sob o âmbito de atuação do Ministério da Saúde. Por isso, essas condições, além das internas ao projeto, devem estar claras desde o princípio, a fim de garantir-se que as ações necessárias serão implementadas pelo Ministério da Saúde, visando ao atingimento dos objetivos do projeto. A inclusão de uma suposição importante depende de sua avaliação. Em primeiro lugar, ela tem que ser valiosa para o êxito do projeto. Segundo, tem que existir certo grau de risco de ela não ocorrer. E, terceiro, se for identificado que ela é relevante, mas pouco provável de ocorrer, significa que o êxito do projeto está em jogo e, consequentemente, a estratégia de intervenção deve ser mudada. Fonte: Anexo 5 do Anexo XCIII da PRC GM/MS nº 5.

Sustentabilidade

1. No âmbito de Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPC-FA), sustentabilidade social é forma de organização social caracterizada pela participação equânime na produção e distribuição da riqueza, em suas dimensões econômica, cultural, entre outras. Fonte: *inciso XXIII do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.*
2. No âmbito de Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPC-FA), sustentabilidade cultural é a adequação dos processos sociopolíticos e econômicos aos costumes, valores e linguagem das comunidades. Fonte: *inciso XXV do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.*
3. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPC-FA), Sustentabilidade é a organização da sociedade e manejo dos recursos estratégicos, com garantia da continuidade e diversidade da vida, articulando as dimensões ambientais, econômicas, sociais, políticas e culturais. Fonte: *inciso XXI do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.*
4. No âmbito de Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPC-FA), sustentabilidade econômica é a capacidade de geração de riqueza superior às necessidades. Fonte: *in-*

SVO ver Serviço de Verificação de Óbito

- ciso XXII do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.
5. No âmbito de Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPC-FA), sustentabilidade ambiental é o modo de aproveitamento dos bens naturais e serviços com geração de benefícios sociais e econômicos, sem comprometer a conservação dos ecossistemas para as futuras gerações. Fonte: *inciso XXVI do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.*
 6. No âmbito de Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, sustentabilidade política é a condição das instituições e organizações políticas, baseada no seu fortalecimento e funcionamento democrático. Fonte: *inciso XXIV do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.*

SVO ver Serviço de Verificação de Óbito

SVS/MS ver Secretaria de Vigilância em Saúde

Letra T

TAA ver Terapia Assistida por Animais

Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais [do Sistema Único de Saúde (SUS)]

1. A Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS está estruturada por níveis de agregação. São 4 (quatro) os níveis, a saber: 1) Grupo: Abrange o maior nível de agregação da tabela-primeiro nível. Agrega os procedimentos por determinada área de atuação, de acordo com a finalidade das ações a serem desenvolvidas. 2) Subgrupo: Segundo nível de agregação da tabela. Agrega os procedimentos por tipo de área de atuação. 3) Forma de Organização: Terceiro nível de agregação da tabela. Agrega os procedimentos por diferentes critérios: Área Anatômica; Diferentes Sistemas do Corpo Humano; Por Especialidades; Por Tipos de Exame; Por Tipos de Órtese e Prótese; Por Tipos de Cirurgias; outros. 4) Procedimento: É o menor nível de agregação da tabela ou quarto nível. É o detalhamento do método, do processo, da intervenção ou da ação que será realizada no usuário, no ambiente e ainda no controle ou acompanhamento dos atos

complementares e administrativos ligados direta ou indiretamente ao atendimento de usuários no Sistema Único de Saúde. Cada procedimento tem atributos definidos que os caracterizam de forma exclusiva. No procedimento existem características específicas, que são aquelas inerentes aos procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e estão relacionados diretamente: ao próprio procedimento; ao estabelecimento de saúde por meio do SCNES; ao usuário do SUS; e a forma de financiamento definidas nas Políticas de Saúde do SUS. Para cada procedimento da tabela existem atributos definidos, os quais são necessários para operacionalizar o processamento dos sistemas de produção ambulatorial e hospitalar. Fonte: *Anexo XVII da PRC GM/MS nº 1.*

TAS ver Termo de Ajuste Sanitário

TCEP ver Termo de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP)

TCI ver Terapia Comunitária Integrativa

TCTH ver Transplante de Células-tronco Hematopoéticas

Técnicos Autorizados pelos Gestores do SUS

1. No âmbito de Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), é profissional indicado pelos gestores do SUS para registro de dados no programa ou "software" de declaração do SIOPS e envio à respectiva base de dados do sistema, mediante informação de usuário e senha, para posterior homologação, dispensada a utilização de certificado digital. Fonte: *inciso XIII do caput do art. 443 da PRC GM/MS nº 1.*

Tecnologia Assistiva

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), a área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à

atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social, e que se dividem nas seguintes categorias: a) auxílios para a vida diária e vida prática; b) comunicação aumentativa e alternativa; c) recursos de acessibilidade ao computador; d) sistemas de controle de ambiente; e) projetos arquitetônicos para acessibilidade; f) órteses e próteses; g) adequação postural; h) auxílios de mobilidade; i) auxílios para qualificação de habilidade visual e recursos que ampliam a informação a pessoas com baixa visão ou cegas; j) auxílios para ampliação da habilidade auditiva e para autonomia na comunicação de pessoas com déficit auditivo e surdez; k) adaptações em veículos; e l) esporte e lazer. Fonte: *inciso XXIV do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Tecnologia em Saúde

1. No âmbito das Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais da Política Nacional de Medicamentos, conjunto de equipamentos, de medicamentos, de insumos e de procedimentos, utilizados na prestação de serviços de saúde, bem como das técnicas de infraestrutura desses serviços e de sua organização. Para efeito desta norma será dada ênfase a medicamentos, produtos para saúde (exceto equipamentos médico-assistenciais), produtos de higiene e saneantes. Fonte: *Anexo 2 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.*

Tecnologia Leve

1. No âmbito das Atribuições das Equipes de Referência em Saúde e Responsabilidades Setoriais Interfederativas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória,, refere-se ao desenvolvimento de vínculos, ao acolhimento de demandas com escuta qualificada, ao trabalho de produção de saúde mental com os adolescentes internos e com as equipes responsáveis pelo cuidado, assim como a atenção a aspectos da dinâmica institucional que são produtores de adoecimento psíquico. Fonte: *Anexo 1 do Anexo XVII da PRC GM/MS nº 2.*

Teleconsultoria

1. No âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, a consulta registrada e realizada entre tra-

lhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho. Fonte: *inciso I do caput do art. 448 da PRC GM/MS nº 5.*

Teleconsultoria Assíncrona

1. No âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, teleconsultoria realizada por meio de mensagens off-line. Fonte: *alínea b do inciso I do caput do art. 448 da PRC GM/MS nº 5.*

Teleconsultoria Síncrona

1. No âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, teleconsultoria realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência. Fonte: *alínea a do inciso I do caput do art. 448 da PRC GM/MS nº 5.*

Telediagnóstico

1. No âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, o serviço autônomo que utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distâncias geográfica e temporal. Fonte: *inciso II do caput do art. 448 da PRC GM/MS nº 5.*

Tele-Educação

1. No âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação. Fonte: *inciso IV do caput do art. 448 da PRC GM/MS nº 5.*

Telessaúde/Telemedicina

1. No âmbito de Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, estabelecimento autônomo que utiliza as tecnologias de informação e comunicação para realizar assistência e educação em saúde através de distâncias geográficas e temporais. Fonte: *parágrafo 1º do art. 458 da PRC GM/MS nº 5.*
2. No âmbito de linha de cuidados em AVC e dos critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), entendendo por telemedicina/telessaúde para tratamento agudo

do AVC a utilização de sistemas de comunicação ou teleconferência que incluam ou não o compartilhamento de vídeo, som e dados de neuroimagem, permitindo a avaliação remota de um paciente com suspeita de AVC por um neurologista com experiência em AVC, preferencialmente vinculado a um Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC. Fonte: *parágrafo 1º do art. 131 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Telessaúde Brasil 2. etapa ver Conclusão da Segunda Etapa do Projeto Telessaúde Brasil

Telessaúde Brasil Redes ver Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes

Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica

1. Tem como objetivo desenvolver ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente das equipes de atenção básica, visando à educação para o trabalho, na perspectiva da melhoria da qualidade do atendimento, da ampliação do escopo de ações oferecidas por essas equipes, da mudança das práticas de atenção e da organização do processo de trabalho, por meio da oferta de Teleconsultoria, Segunda Opinião Formativa e Telediagnóstico. Fonte: *caput do art. 466 da PRC GM/MS nº 5.*

Telessaúde em Estabelecimento de Saúde

1. No âmbito de tipificação de estabelecimentos em saúde, serviço que utiliza tecnologias da informação e comunicação como meio para desenvolver ações de apoio à Atenção à Saúde e de Educação Permanente em Saúde, como fim de realizar apoio diagnóstico, ações educativas, esclarecer dúvidas dos profissionais de saúde e gestores de saúde. Fonte: *Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.*

Temperatura Ambiente [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, temperatura situada entre 15°C e 30°C. Fonte: *inciso XLI do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Terapia Artística

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é uma prática expressiva que uti-

liza elementos artísticos (como cor, forma, volume, luz e sombra) na realização de exercícios específicos, orientados e acompanhados por terapeuta artístico antroposófico – de maneira individualizada, em função dos objetivos do tratamento – visando melhorar a vitalidade, a criatividade, a resiliência e, por consequência, a recuperação do equilíbrio entre corpo e alma na promoção da saúde. As modalidades mais frequentes incluem exercícios com aquarela aplicando pigmentos naturais; desenho de formas; modelagem em argila; ou desenho com carvão. Fonte: *Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.*

Ver também: Medicina Antroposófica (MA).

Terapia Assistida por Animais (TAA)

1. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), a terapia focada nos benefícios da relação homem-animal, que tem como objetivos ampliar, estimular e manter as capacidades funcionais, a integralidade do cuidado em reabilitação/habilitação, a autonomia, a inclusão, a inserção e a participação social da pessoa com deficiência, por meio da inserção do animal em atividades terapêuticas. Fonte: *inciso XXV do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*

Terapia Biográfica

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é uma técnica de aconselhamento, de base antroposófica, na qual, orientado pelo terapeuta, o indivíduo revê sua própria biografia para perceber o que pode estar bloqueando seu desenvolvimento pessoal e identificar as possibilidades de transformação. Inicialmente integrado ao SUS, pela PNPIIC, como Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS, articulação institucional voltada para o desenvolvimento de metodologias apropriadas ao acompanhamento e à avaliação de experiências em medicina antroposófica presentes no SUS, bem como ao monitoramento desses serviços e à divulgação dos resultados, envolveu as três esferas de gestão no SUS em sua articulação. Agora, passa a integrar formalmente o rol de PICS institucionalizadas no Sistema. Fonte: *Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.*

Ver também: Medicina Antroposófica (MA).

Terapia Comunitária Integrativa (TCI)

1. No âmbito da Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Músicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), prática de intervenção nos grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que se a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. É um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico, que favorece a troca de experiências entre as pessoas. A TCI é desenvolvida em formato de roda, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. Cada participante da sessão é corresponsável pelo processo terapêutico produzindo efeitos individuais e coletivos. A partilha de experiências objetiva a valorização das histórias pessoais, favorecendo assim, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de resolução dos problemas. Fonte: Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Terapia de Florais

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é uma prática complementar e não medicamentosa que, por meio dos vários sistemas de essências florais, modifica certos estados vibratórios auxiliando a equilibrar e harmonizar o indivíduo. O pioneiro das essências florais foi o médico inglês Edward Bach que, na década de 1930, inspirado nos trabalhos de Paracelso, Hahnemann e Steiner, adota a utilização terapêutica da energia essencial – energia sutil – de algumas flores silvestres que crescam sem a interferência do ser humano, para o equilíbrio e harmonia da personalidade do indivíduo, reatando laços com a tradição alquímica de Paracelso e Hildegard Von Bingen, numa nova abordagem da saúde. As essências florais são extratos líquidos naturais, inodoros e altamente diluídos de flores que se destinam ao equilíbrio dos problemas emocionais, operando em níveis sutis e harmonizando a pessoa internamente e no meio em que vive. São preparadas a partir de flores silvestres no auge da floração, nas primeiras horas da manhã, quando as flores ainda se encontram úmidas

pelo orvalho, obtidas através da colheita de flores extraídas de lugares da natureza que se encontram intactos. A essência floral que se origina da planta em floração atua nos arquétipos da alma humana, estimulando transformação positiva na forma de pensamento e propiciando o desenvolvimento interior, equilíbrio emocional que conduz a novos comportamentos. Não é fitoterápico, não é fragrância, não é homeopatia, não é droga. Pode ser adotado em qualquer idade, não interferindo com outros métodos terapêuticos e/ou medicamentos, potencializando-os. Os efeitos podem ser observados de imediato, em indivíduos de maior sensibilidade. Fonte: Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Terapia Medicamentosa

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é um recurso de base antroposófica em que, de acordo com o diagnóstico individualizado, são prescritos medicamentos antroposóficos ou, em alguns casos, alopaticos. Fonte: Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Ver também: Medicina Antroposófica (MA).

Terapia Nutricional

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Terapias Especiais em Estabelecimento de Saúde

1. No âmbito de tipificação de estabelecimentos em saúde, atividade voltada exclusivamente para a realização de hemodiálise, quimioterapia, radioterapia ou cirurgias ambulatoriais. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Termalismo Social

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, é uma prática terapêutica que compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral – com propriedades físicas, térmicas, radioativas e outras – e, eventualmente, submetida a ações hidromecânicas – como agente em tratamentos de saúde. A eficiência do termalismo no tratamento

de saúde está associada à composição química da água (que pode ser classificada como sulfurada, radioativa, bicarbonatada, ferruginosa etc.), à forma de aplicação (banho, sauna, etc.) e à sua temperatura. A crenoterapia, por sua vez, consiste em prática terapêutica que utiliza águas minerais com propriedades medicinais, de modo preventivo ou curativo, em complemento a outros tratamentos de saúde. Tem por base a crenologia, ciência que estuda as propriedades medicinais das substâncias físicoquímicas das águas minerais e sua utilização terapêutica. No Brasil, a crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao país os seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Inicialmente integrado ao SUS, pela PNPIIC, como Observatório das Experiências de Termalismo no SUS, articulação institucional voltada para o desenvolvimento de metodologias apropriadas ao acompanhamento e à avaliação de experiências em medicina antroposófica presentes no SUS, bem como ao monitoramento desses serviços e à divulgação dos resultados, envolveu as três esferas de gestão no SUS em sua articulação. Agora, passa a integrar formalmente o rol de PICS institucionalizadas no Sistema. Fonte: Anexo A do Anexo 4 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Termalismo Social e Crenoterapia

1. No âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), o uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal. O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde. No Brasil, a crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao País seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a UFMG e a UFRJ. O campo sofreu considerável redução de sua produção científica e divulgação com as mudanças surgidas no campo da medicina e da produção social da saúde como um todo,

após o término da segunda guerra mundial. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXV da PRC GM/MS nº 2.

Terminologia de Formas de Contratação de Profissionais Aplicadas pelo CNES

1. Está hierarquicamente organizada em: I – Forma de Contratação com o Estabelecimento ou sua Mantenedora: demonstra qual a relação entre o profissional e o estabelecimento de saúde ou sua mantenedora; II – Forma de Contratação com o Empregador: identifica o tipo de contrato realizado entre o profissional e seu contratante, seja ele o próprio estabelecimento de saúde, sua mantenedora ou um ente/entidade terceira; e III – Detalhamento da Forma de Contratação: fornece detalhes necessários para melhor compreensão do contrato com o empregador, quando aplicável. Fonte: *caput do art. 381 da PRC GM/MS nº 1*.

Ver também: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Termo de Ajuste

1. No âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI-SUS, disciplinará os direitos e obrigações entre as partes referentes aos projetos de apoio e à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares ao SUS não remunerado. A celebração do Termo de Ajuste é condição necessária para a apresentação de projetos de apoio e para a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares ao SUS não remunerado. Fonte: *caput do art. 9º do Anexo XCIII da PRC GM/MS nº 5*.

Termo de Ajuste Sanitário (TAS)

1. Tem por finalidade a correção de impropriedades decorrentes do descumprimento de obrigações previstas em normativas do Ministério da Saúde relativas à gestão do SUS, por meio de compromisso firmado pelos gestores do SUS. [Conceito originário de dispositivo revogado]. Fonte: *caput do art. 509 da PRC GM/MS nº 1*.

Termo de Compromisso

1. No âmbito das Diretrizes e os Critérios para a Definição da Lista de Produtos Estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), o documento firmado entre a instituição pública, que se responsabiliza pelo investimento, desenvolvimento, transferên-

Termo de Compromisso para Garantia de Acesso

cia e absorção de tecnologia de produtos estratégicos para o SUS, e o Ministério da Saúde, que se responsabiliza pela aquisição dos produtos objetos da PDP, contendo em anexo declaração de concordância com o referido documento subscrita pelos parceiros privados. Fonte: *inciso XIV do caput do art. 2º do Anexo XCV da PRC GM/MS nº 5.*

2. No âmbito das regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), o instrumento jurídico a ser celebrado entre o Ministério da Saúde e a instituição, o qual estabelecerá direitos e obrigações para a execução dos respectivos projetos no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD. Fonte: *inciso XXVI do caput do art. 2º do Anexo LXXXVI da PRC GM/MS nº 5.*
3. No âmbito das diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), firmado entre o gestor do SUS e o hospital sob sua gerência e gestão. Fonte: *inciso VI do caput do art. 24 do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Termo de Compromisso para Garantia de Acesso

1. Documento que, com base no processo de Programação Pactuada e Integrada, deve conter as metas físicas e orçamentárias das ações a serem ofertadas nos municípios de referência, que assumem o compromisso de atender aos encaminhamentos acordados entre os gestores para atendimento da população residente em outros municípios. Fonte: *parágrafo 1º do art. 632 da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde.

Termo de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP) (TCEP)

1. No âmbito das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão, cujo conteúdo será pactuado entre Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS em portaria específica, é destinado à formalização da relação entre gestores quando unidades públicas prestadoras de serviço, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada esfera administrativa e

gestão de outra. Deve conter as metas e um plano operativo do acordo. As unidades públicas prestadoras de serviço devem, preferencialmente, receber os recursos de custeio correspondentes à realização das metas pactuadas no plano operativo e não por produção. A transferência de recursos, objeto do TCEP, deverá ser feita conforme pactuação. Quando não couber o Termo de Cooperação entre Entes Públicos, o município deve encaminhar o Extrato do TCEP, assinalando a não pertinência deste. Fonte: *caput do art. 57 da PRC GM/MS nº 1.*

Ver também: Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP).

Termo de Parceria

1. No âmbito das diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), o instrumento firmado entre o gestor do SUS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OS-CIP), conforme a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. Fonte: *inciso V do caput do art. 24 do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Territorialidade

1. No âmbito de Política Nacional de Promoção da Saúde, a territorialidade é um dos seus princípios e diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime. Fonte: *inciso IX do caput do art. 4º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Territorialização

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), processo de demarcação das áreas de atuação dos serviços de saúde; de reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nessas áreas; e de identificação e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços e equipamentos sociais do território. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Território

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPC-

FA), espaço que possui tecido social, trama complexa de relações com raízes históricas e culturais, configurações políticas e identidades, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um compromisso para o desenvolvimento local sustentável. Fonte: *inciso XXVII do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.*

Território como Critério em Vigilância em Saúde do Trabalhador

1. Consiste na intervenção por varredura, em pequena área geográfica previamente delimitada (setor censitário, distrito de saúde, bairro, distrito industrial etc.), de todos os processos produtivos capazes de gerar dano à saúde. O investimento da ação, neste caso, visa abranger todos os trabalhadores, ao longo do tempo, a despeito de sua forma de inserção no mercado de trabalho e seu vínculo de emprego, a partir da elaboração de mapas dos processos produtivos, de modo a estabelecer um perfil de risco à saúde dos trabalhadores. Fonte: *Anexo LXXIX da PRC GM/MS nº 5.*

Território Saudável ver Ambiente e Território Saudável

Teste de Proficiência [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito de regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, avaliação externa estruturada a partir dos métodos de laboratório que verifica a “adequabilidade” de processos, procedimentos, equipamentos, fornecedores e reagentes. Fonte: *inciso XLII do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Teste para Detecção de Doença de Chagas [Exames de Qualificação no Sangue do Doador]

1. Será por meio da detecção de anticorpo anti-T cruzi por método de ensaio imunoenzimático (EIE) ou quimioluminescência (QLM). Fonte: *parágrafo 10 do art. 129 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Teste para Detecção de Infecção por HTLV I/II [Exames de Qualificação no Sangue do Doador]

1. Será mediante a detecção de anticorpo contra o HTLV I/II. Fonte: *parágrafo 12 do art. 129 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Teste para Detecção de Sífilis [Exames de Qualificação no Sangue do Doador]

1. Será por intermédio da detecção de anticorpo anti-treponêmico ou não-treponêmico. Fonte: *parágrafo 11 do art. 129 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Testes de Proficiência em Laboratórios de Soro

logia

1. No âmbito do Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia, são compostos por testes de avaliação do desempenho do laboratório, envolvendo a utilização de painéis, para determinar a qualidade dos resultados, por intermédio da comparação dos resultados obtidos pelo avaliado com os resultados conhecidos. Fonte: *Anexo 12 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Painel de Soros e Laboratório de Referência e Produtor.

Testes para Detecção de AIDS [Exames de Qualificação no Sangue do Doador]

1. I – detecção de anticorpo contra o HIV ou detecção combinada do anticorpo contra o HIV + antígeno p24 do HIV; e II – detecção de ácido nucleico (NAT) do HIV. Fonte: *parágrafo 8º do art. 129 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Testes para Detecção de Hepatite B [Exames de Qualificação no Sangue do Doador]

1. I – detecção do antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBV) - HBsAg; II – detecção de anticorpos contra o capsídeo do HBV - anti-HBc (IgG ou IgG + IgM); e III – detecção de ácido nucleico (NAT) do HBV. Fonte: *parágrafo 6º do art. 129 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Testes para Detecção de Hepatite C [Exames de Qualificação no Sangue do Doador]

1. I – detecção do anticorpo contra o vírus da hepatite C (HCV) ou detecção combinada de anticorpo + antígeno do HCV; e II – detecção de ácido nucleico (NAT) do HCV. Fonte: *parágrafo 7º do art. 129 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Tipagem ABO

1. No âmbito dos exames de qualificação no sangue do doador, realizada testando-se as hemácias com reagen-

tes anti-A, anti-B e anti-AB, sendo que, no caso de serem usados antissoros monoclonais, a utilização do soro anti-AB não é obrigatória. Fonte: *caput do art. 118 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Tipagem Reversa

1. No âmbito dos exames de qualificação no sangue do doador, realizada testando-se o soro ou plasma de amostra da doação com suspensões de hemácias conhecidas A1 e B e, opcionalmente, A2 e O. Fonte: *parágrafo 1º do art. 118 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Tipagem ABO.

Tipificação de Estabelecimento de Saúde

1. No âmbito da Tipificação de Estabelecimentos de Saúde para fins de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), as terminologias de atividades de saúde estão divididas em grupos de atividades, definidos em: I – Assistência à Saúde: conjunto de ações e serviços de saúde cuja finalidade seja o diagnóstico, o tratamento, acompanhamento e reabilitação de pacientes, bem como atividades destinadas ao processo de capacitação do indivíduo em melhorar, controlar e promover sua saúde, prevenir doenças ou sofrimento mental em indivíduos ou populações suscetíveis. II – Vigilância em Saúde: processos contínuos e sistemáticos de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. III – Gestão da Saúde: atividades de cunho administrativo ou técnico-administrativo que englobam o planejamento e a administração de sistemas e de planos de saúde, a regulação assistencial, do acesso e de sistemas de saúde e a logística de insumos da atenção à saúde. IV – Outras Atividades Relacionadas à Saúde Humana: atividades que visam apoiar ou complementar de forma indireta as demais atividades. Fonte: *Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.*

Ver também: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Estabelecimento de Saúde.

Toxicidade pelo Benzeno

1. No âmbito das Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores expostos ao Benzeno, conjunto de sinais, sintomas e complicações decorrentes da exposição aguda ou crônica ao hidrocarboneto aromático, ben-

zeno. As complicações podem ser agudas, quando houver exposição a altas concentrações com presença de sinais e sintomas neurológicos, ou crônicas, com sinais e sintomas clínicos diversos, podendo ocorrer complicações a médio ou a longo prazo, localizadas principalmente no sistema hematopoético. O quadro clínico de toxicidade ao benzeno caracteriza-se por uma repercussão orgânica múltipla, em que o comprometimento da medula óssea é o componente mais frequente e significativo, sendo a causa básica de diversas alterações hematológicas. Os sinais e sintomas ocorrem em aproximadamente 60% dos casos. São eles: astenia, mialgia, sonolência, tontura e sinais infeciosos de repetição. Os dados laboratoriais hematológicos mais relevantes são representados pelo aparecimento de neutropenia, leucopenia, eosinofilia, linfocitopenia, monocitopenia, macrocitose, pontilhado basófilo, pseudo Pelger e plaquetopenia. A absorção do benzeno provoca efeitos tóxicos para o sistema nervoso central, causando, de acordo com a quantidade absorvida, narcose e excitação seguida de sonolência, tonturas, céfaléia, náuseas, taquicardia, dificuldade respiratória, tremores, convulsões, perda da consciência e morte. Fonte: *Anexo LXVIII da PRC GM/MS nº 5.*

Trabalhador Agropecuário, Florestal, da Pesca e Trabalhador Assemelhado

1. No âmbito da Classificação Brasileira de Ocupações (estrutura agregada na ordem de 3 dígitos - descrição dos grandes grupos de ocupações), chefia unidades de explorações agropecuárias e florestais e grupos de trabalhadores encarregados da execução de atividades pertinentes a essas explorações; explora, por conta própria, estabelecimentos agropecuários de tipo familiar; executa os trabalhos próprios dos cultivos agrícolas, da criação de animais e da exploração de florestas; pesca e realiza tarefas análogas; opera máquinas e implementos utilizados na agricultura, pecuária e explorações florestais. Fonte: *Anexo L da PRC GM/MS nº 5.*

Trabalhador da Produção Industrial, Operador de Máquinas, Condutor de Veículos e Trabalhador Assemelhado

1. No âmbito da Classificação Brasileira de Ocupações (estrutura agregada na ordem de 3 dígitos - descrição dos grandes grupos de ocupações), desempenha tarefas diretamente ligadas aos trabalhos de extração de minerais, petróleo e gás; beneficiamento e transformação de matérias-primas e fabricação e reparação

de produtos industriais; construção, manutenção e reparação de edifícios, estradas e outras obras civis; operação de máquinas; condução de veículos de transporte e de equipamento de terraplanagem; manipulação de mercadorias e materiais, e outras tarefas relacionadas com produção industrial que requeiram, fundamentalmente, esforço físico. Fonte: Anexo L da PRC GM/MS nº 5.

Trabalhador das Profissões Científica, Técnica, Artística e Trabalhador Assemelhado

1. No âmbito da Classificação Brasileira de Ocupações (estrutura agregada na ordem de 3 dígitos - descrição dos grandes grupos de ocupações), realiza pesquisas e aplica conhecimentos científicos na solução de problemas de ordem técnica, econômica, artística, social e empresarial e desenvolve outras atividades de caráter profissional nos campos da química e física; da engenharia e arquitetura; da aviação e marinha; da biologia e agronomia; da medicina, odontologia e veterinária; da estatística, das matemáticas e análises de sistemas; da economia, administração e ciências contábeis; do direito; do ensino; da literatura, artes e comunicação social e do esporte. Fonte: Anexo L da PRC GM/MS nº 5.

Trabalhador de Comércio e Trabalhador Assemelhado

1. No âmbito da Classificação Brasileira de Ocupações (estrutura agregada na ordem de 3 dígitos - descrição dos grandes grupos de ocupações), exerce o comércio atacadista e varejista, por conta própria, em empresas de pequeno porte; dedica-se à compra e venda de toda a classe de bens e serviços ou cumprem funções diretamente relacionadas com essas atividades. O trabalhador que dirige, como representante dos proprietários ou acionistas, as atividades de empresas que se dedicam ao comércio atacadista e varejista e ao ramo hoteleiro estão classificados no grupo de base 2-43, gerentes financeiros, comerciais e de publicidade. Fonte: Anexo L da PRC GM/MS nº 5.

Trabalhador de Serviços Administrativos e Trabalhador Assemelhado

1. No âmbito da Classificação Brasileira de Ocupações (estrutura agregada na ordem de 3 dígitos - descrição dos grandes grupos de ocupações), aplica leis, decretos e regulamentos promulgados pelos governos federal, estaduais, municipais ou por autoridades locais; con-

trola o trabalho dos empregados de escritório e atividades afins e os serviços de transportes e comunicações; mantém os registros das operações financeiras e outras transações comerciais realizadas pelas empresas; maneja fundos em nome da organização ou de sua clientela; reproduz, em estenografia, datilografia ou por outros meios, textos orais ou escritos; opera máquina de escritório ou instalações telefônicas e telegráficas; chefa os sistemas de transportes e comunicações e controlam as operações relativas aos mesmos; exerce funções nas empresas de serviços postais e telegráficos; realiza outras tarefas similares. Fonte: Anexo L da PRC GM/MS nº 5.

Trabalhador de Serviços de Turismo, Hospedagem, Serventia, Higiene e Embelezamento, Segurança, Auxiliar de Saúde e Trabalhador Assemelhado

1. No âmbito da Classificação Brasileira de Ocupações (estrutura agregada na ordem de 3 dígitos - descrição dos grandes grupos de ocupações), administra, organiza, supervisoria ou desempenha serviços de turismo, hospedagem, doméstico, pessoais, de proteção e outros similares. Fonte: Anexo L da PRC GM/MS nº 5.

Trabalho em Equipe Multiprofissional

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica e considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matrículamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.

Trabalho Escravo

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCA), exploração e apropriação do trabalho humano pela força e privação da liberdade. Fonte: inciso XXVIII do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.

Transexuais ver Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)

Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

1. No âmbito das definições que objetivam possibilitar uma mesma compreensão do Termo de Compromisso de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a transferência de recursos, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde, independente de convênio e segundo o atendimento de critérios pré-estabelecidos para o credenciamento dos estados e municípios a essa prerrogativa. Fonte: *Anexo XIV da PRC GM/MS nº 1.*

Transferências Constitucionais

1. No âmbito de Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), recurso proveniente das receitas de que tratam o inciso II do "caput" do art. 158 e as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do "caput" do art. 159 da Constituição Federal; Fonte: *inciso XIV do caput do art. 443 da PRC GM/MS nº 1.*

Transferências Voluntárias

1. No âmbito de Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional ou legal nem seja destinada ao SUS. Fonte: *inciso XV do caput do art. 443 da PRC GM/MS nº 1.*

Transfusão Maciça

1. No âmbito do Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, paciente que tiver recebido uma quantidade de sangue total ou concentrado de hemácias aproximadamente igual à sua volemia em período inferior a 24 (vinte e quatro) horas; e paciente que tiver recebido uma quantidade de sangue total ou concentrado de hemácias superior a 10 unidades em período inferior a 24 (vinte e quatro) horas. Fonte: *parágrafo 1º do art. 179 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.*

Transmissão de Dados

1. No âmbito de Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), processo de envio de dados declarados e homologados por meio de programa do SIOPS. Fonte: *inciso XVI do caput do art. 443 da PRC GM/MS nº 1.*

Transoperatório

1. No âmbito da assistência pré e pós operatória no tratamento cirúrgico do implante coclear, consiste nos cuidados cirúrgicos; potencial evocado eletricamente no sistema auditivo (telemetrias - impedância e complânciam dos eletrodos, telemetria de respostas neurais). Fonte: *Anexo 4 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*

Transplante de Células-tronco Hematopoéticas (TCTH)

1. No âmbito do Transplante de Células-tronco Hematopoéticas do Sistema Nacional de Transplantes, é definido como: a) TCTH de Medula Óssea: substituição de células-tronco hematopoéticas a partir de células-tronco hematopoéticas normais obtidas de medula óssea, com o objetivo de normalizar a hematopose; b) TCTH de Sangue Periférico: substituição de células-tronco hematopoéticas a partir de células-tronco hematopoéticas normais obtidas após mobilização a sangue periférico com o objetivo de normalizar a hematopose; c) TCTH de Sangue de Cordão Umbilical: substituição de células-tronco hematopoéticas a partir de células-tronco hematopoéticas normais obtidas de sangue de cordão umbilical, com o objetivo de normalizar a hematopose; d) TCTH Autólogo: quando as células-tronco hematopoéticas provêm da medula óssea ou do sangue periférico do próprio indivíduo a ser transplantado (receptor); e) TCTH Alogênico: quando as células-tronco hematopoéticas provêm da medula óssea, do sangue periférico ou do sangue de cordão umbilical de um outro indivíduo (doador); f) TCTH Alogênico Aparentado: quando o receptor e o doador são consanguíneos; g) TCTH Alogênico Não-Aparentado: quando o receptor e o doador não são consanguíneos; h) TCTH com Mieloablcação: transplante convencional alogênico para o qual se utilizam altas doses de agentes citotóxicos no condicionamento pré-transplante, com o objetivo de destruição completa da medula óssea do receptor, antes da infusão de células-tronco hematopoéticas obtidas do doador; i) TCTH sem Mieloablcação: quando se minimiza a intensidade ablativa do tratamento com agentes citotóxicos do

receptor pré-infusão das células-tronco do doador. Fonte: Anexo 21 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Transplante de Médula Óssea

1. Consiste da substituição de uma medula óssea doente, ou deficitária, por células normais de medula óssea, com o objetivo de reconstituição de uma nova medula. Porém, essa substituição também pode ser feita a partir de células precursoras de medula óssea obtidas do sangue circulante de um doador ou do sangue de cordão umbilical. Fonte: Anexo 26 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Transplante de Rim Preemptivo

1. No âmbito do Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, o transplante realizado antes que o paciente inicie tratamento substitutivo de função renal, com doador falecido, serão aceitas inscrições de potenciais receptores que preencham os seguintes critérios: I – idade menor que ou igual a 18 anos; e II – depuração da creatinina menor que ou igual a 15 mL/min/m². Fonte: *caput do art. 71 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Transtorno

1. No âmbito de Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a terminologia define Transtorno como: I – Transtornos congênitos: alterações decorrentes de fatores hereditários; II – Transtornos orgânicos: alterações que interferem no funcionamento do organismo; III – Transtornos perinatais - alterações que ocorrem durante o nascimento. Fonte: Anexo 1 do Anexo XIII da PRC GM/MS nº 2.

Transtorno Alimentar

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), desvio do comportamento alimentar que pode levar ao emagrecimento extremo (caquexia) ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades. Incluem: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Ortorexia, Vigorexia, Transtorno Obsessivo Compulsivo por alimentos, entre outros. Fonte: Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Tratamento

1. No âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna

comprovada com: I – a realização de terapia cirúrgica; II – o início de radioterapia; ou III – o início de quimioterapia. O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em pronto-área. Para efetivação do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, observar-se-á o seguinte fluxo: I – atendimento do paciente no SUS; II – registro do resultado do laudo patológico no pronto-área do paciente no serviço do SUS; e III – encaminhamento para unidade de referência para tratamento oncológico, incluindo-se a realização do plano terapêutico estabelecido entre a pessoa com câncer, o médico responsável e a equipe de saúde. Fonte: *caput do art. 36 do Anexo IX da PRC GM/MS nº 2.*

Tratamento Cirúrgico para Pacientes com Deficiência Sensório-Neural Profunda Bilateral

1. No âmbito de Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva, recurso efetivo, que permite melhora significativa na maioria desses pacientes, sempre acompanhada de habilitação e/ou reabilitação auditiva. São procedimentos considerados de alta complexidade e especificidade, que demandam a existência de serviços altamente especializados, equipes multiprofissionais, instalações e equipamentos bastante diferenciados. Fonte: *Anexo 4 do Anexo VI da PRC GM/MS nº 3.*

Tratamento de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo com Uso de Trombolítico

1. Consiste no tratamento clínico do acidente vascular cerebral isquêmico agudo, inclusive com trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. O tratamento do paciente deve incluir outros procedimentos que visem prevenir ou minimizar possíveis sequelas. Fonte: *Anexo LXXXIX da PRC GM/MS nº 6.*

Tratamento de Pênfigo Foliáceo Endêmico

1. Baseia-se na corticoterapia por via oral, que representa, até o momento o principal recurso efetivo para a remissão clínica da doença, sendo de primeira escolha a prednisona e, de segunda escolha, a triancinolona na dose equivalente. Fonte: *Anexo XXX da PRC GM/MS nº 5.*

Travestis ver Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)

Triagem Sorológica do Doador em Banco de Tecido Cardiovascular

1. Obrigatória a realização de exames laboratoriais em todas as doações, para identificação das seguintes doenças transmissíveis pelo sangue, seguindo os algoritmos para triagem de doadores de sangue: a)hepatite B (HbsAg e anti-HBc total); b)hepatite C (anti-HCV); c)HIV-1 e HIV-2 (anti-HIV 1 e 2); d)doença de chagas (anti-T. cruzi); e)sífilis (um teste treponêmico ou não treponêmico); f)HTLV I e HTLV II (anti-HTLV I e II); g)toxoplasmose (anti-Toxoplasma IgG e IgM); e)h)citomegalovírus (anti-CMV IgG e IgM). Os exames devem ser feitos em amostra de sangue colhida entre 72 (setenta e duas) horas antes da parada da circulação sanguínea e até 12 horas após a parada da circulação, se mantida a temperatura ambiente, ou até 24 (vinte e quatro) horas após a parada da circulação sanguínea se o cadáver for refrigerado à $4^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$. Quando o doador, adulto, tiver sido transfundido com mais de 2000ml de colóides sintéticos, dentro das 48 horas precedentes à coleta da amostra, ou tiver sido transfundido com mais de 2000ml de cristalóides na hora imediatamente antes da coleta da amostra, ou é transfundido com mais de 2000ml de colóide sintético e cristalóides nesse mesmo intervalo, e não existe amostra de sangue pré-transfusional, deve ser utilizado algoritmo para estabelecer que não houve diluição do plasma suficiente para alterar os resultados das provas. Quando o doador, de idade inferior a 12 anos, tiver sido transfundido com colóides sintéticos ou cristalóides e não houver amostra de sangue pré-transfusional, o mesmo algoritmo deve ser utilizado para estabelecer que não houve diluição do plasma suficiente para alterar os resultados das provas. Os exames devem ser realizados empregando-se conjuntos diagnósticos (kits) registrados na ANVISA e validados para testes em doadores em morte encefálica (circulação sanguínea mantida) ou cadavéricos (em parada cardíaca). Os tecidos não podem ser liberados para uso antes da obtenção de resultados finais dos testes acima. No doador cadáver, quando os testes das provas de pesquisa para HIV e HCV tiverem resultado negativo, deve-se realizar teste complementar do tipo molecular (ex: NAT, PCR, etc) para a detecção de RNA do HIV e do HCV. Resultado positivo para qualquer um dos testes acima excluem a doação, exceto a pes-

quisa de anti- CMV (IgG) e anti- toxoplasmose (IgG), que quando reagentes, devem ser informados ao profissional transplantador que decidirá quanto ao risco de utilização dos tecidos no receptor. Uma alíquota da amostra de soro ou plasma do doador utilizada para a realização dos testes de triagem deve ser armazenada, pelo laboratório ou pelo Banco de Tecidos, em congelador em temperatura igual ou inferior a 20°C negativos, por no mínimo 6 (seis) meses após a liberação do último item do(s) lote(s) de tecido(s).
Fonte: Anexo 7 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.

Tutor da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

1. Profissional responsável por multiplicar a Estratégia e realizar oficinas de trabalho nas UBS do seu âmbito de atuação, apoiando o planejamento, o acompanhamento e/ou fortalecimento de ações de promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas UBS. Fonte: *caput* do art. 7º do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.

Tutoria [Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho]

1. No âmbito do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, é função de supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagens profissionais da área da saúde, exercida em campo, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de atuação profissional, que exerçam papel de orientadores de referência para os profissionais ou estudantes, respectivamente, em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão, devendo pertencer à equipe local de assistência e estar diariamente presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço. Fonte: *inciso II do caput do art. 731 da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Preceptoria [Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho] e Orientação de Serviço [Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho].

Letra U

U-AVC Agudo

1. No âmbito da linha de cuidados em AVC e dos critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como

Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) da Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE), unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 5 (cinco) leitos no mesmo espaço físico, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado aos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório), durante a fase aguda (até 72 horas da internação) e oferecer tratamento trombolítico endovenoso. Fonte: parágrafo 1º do art. 132 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

U-AVC Integral

1. No âmbito da linha de cuidados em AVC e dos critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) da Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE), unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 10 (dez) leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até 15 (quinze) dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa. Fonte: parágrafo 1º do art. 133 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

UBS ver Unidade Básica de Saúde

UBSI ver Unidade Básica de Saúde Indígena

UBSI TIPO I ver Unidade Básica de Saúde Indígena Tipo I

UBSI TIPO II ver Unidade Básica de Saúde Indígena Tipo II

UBSI TIPO III ver Unidade Básica de Saúde Indígena Tipo III

UCINCa ver Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

UCINCo ver Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

UCO ver Unidade de Terapia Intensiva Coronariana

Unidade Ambulatorial

1. No âmbito de normas gerais válidas para cadastramento de Centros de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade e Centros de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário, é a unidade composta de: a - divã clínico; b - escada com dois degraus; c - estetoscópio; d - esfigmomanômetro; e - maca com grade; f - mesa auxiliar (60x40x90 cm), com rodízios; g - comadre/papagaio; h - suporte para soro; i - mesa; j - cadeiras; l - cadeira de rodas. Fonte: Anexo 2 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 3.

Ver também: Ambulatório.

Unidade Básica de Saúde (UBS)

1. No âmbito de Operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica, a infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS. São considerados unidades ou equipamentos de saúde no âmbito de Atenção Básica: a) Unidade Básica de Saúde; b) Unidade Básica de Saúde Fluvial; c) Unidade Odontológica Móvel. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.

Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI)

1. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, estabelecimento de saúde localizado em aldeia, destinado à execução direta dos serviços de atenção à saúde e saneamento com uma estrutura definida e adaptada a partir das necessidades das comunidades assistidas. A UBSI Tipo I será construída em aldeias que possuam população mínima de referência entre 50 (cinquenta) e 250 (duzentos e cinquenta) indígenas, que possuem Agente Indígena de Saúde (AIS), e se situem a uma distância mínima do PB de referência que pode ser percorrida em até 2 (duas) horas por meio de acesso fluvial ou terrestre. A UBSI Tipo II será

construída em aldeias que possuam população mínima de referência entre 251 (duzentos e cinquenta e um) e 500 (quinhetos) indígenas e se situem a uma distância mínima entre unidades básicas de saúde tipo II, tipo III ou de Sede de PB-I que possa ser percorrida em até 1 (uma) hora por meio de acesso fluvial ou terrestre. A UBSI Tipo III será construída em aldeias que possuam população mínima de referência acima de 501 (quinhetos e um) indígenas e se situem a uma distância mínima entre unidades básicas de saúde tipo III ou de Sede de PB-I que possa ser percorrida em até 3 (três) horas por meio de acesso fluvial ou terrestre e deverá ofertar atendimento de profissional de nível superior (geralmente é médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, farmacêutico ou dentista que integram as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena) de no mínimo 20 (vinte) dias mensais. Fonte: *caput do art. 60 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

Unidade Básica de Saúde Indígena Tipo I (UBSI TIPO I)

1. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, construída em aldeias que possuam população mínima de referência entre 50 (cinquenta) e 250 (duzentos e cinquenta) indígenas, que possuem Agente Indígena de Saúde (AIS), e se situem a uma distância mínima do PB de referência que pode ser percorrida em até 2 (duas) horas por meio de acesso fluvial ou terrestre. Fonte: *parágrafo 1º do art. 60 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

Unidade Básica de Saúde Indígena Tipo II (UBSI TIPO II)

1. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, construída em aldeias que possuam população mínima de referência entre 251 (duzentos e cinquenta e um) e 500 (quinhetos) indígenas e se situem a uma distância mínima entre unidades básicas de saúde tipo II, tipo III ou de Sede de PB-I que possa ser percorrida em até 1 (uma) hora por meio de acesso fluvial ou terrestre. Fonte: *parágrafo 2º do art. 60 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

Unidade Básica de Saúde Indígena Tipo III (UBSI TIPO III)

1. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, construída em aldeias que possuam população mínima de referência acima de 501 (quinhetos e um) indígenas e se situem a uma distância mínima entre unidades

básicas de saúde tipo III ou de Sede de PB-I que possa ser percorrida em até 3 (três) horas por meio de acesso fluvial ou terrestre e deverá ofertar atendimento de profissional de nível superior (geralmente é médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, farmacêutico ou dentista que integram as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena) de no mínimo 20 (vinte) dias mensais. Fonte: *parágrafo 3º do art. 60 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 4.*

Unidade Coronariana ver Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO)

Unidade de Acolhimento

1. É um dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório. Fonte: *parágrafo 2º do art. 977 da PRC GM/MS nº 6.*
2. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ponto de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Residencial de Caráter Transitório, oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses. O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde. As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades: I – Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e II – Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos incompletos). Fonte: *inciso I do caput do art. 9º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Ver também: Ponto de Atenção à Saúde.

Unidade de Acolhimento Adulto

1. No âmbito de Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas, destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos. Fonte: *inciso I do caput do art. 42 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

2. No âmbito de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinado a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos. Fonte: *inciso I do parágrafo 2º do art. 9º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil

1. No âmbito de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinada a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos incompletos). Fonte: *inciso II do parágrafo 2º do art. 9º do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*
2. No âmbito de Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas, destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os性os. Fonte: *inciso II do caput do art. 42 do Anexo V da PRC GM/MS nº 3.*

Unidade de Anatomia Patológica

1. No âmbito de normas gerais válidas para cadastramento de Centros de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade e Centros de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário, realiza exames de: a - citologia; e b - histologia. Fonte: *Anexo 2 do Anexo VIII da PRC GM/MS nº 3.*

Unidade de Apoio

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecimento que serve para atuação das ESFR e ESFF e que não possui outras equipes de Saúde Família vinculadas. Fonte: *parágrafo 2º do art. 25 do Anexo XXII da PRC GM/MS nº 2.*

Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia

1. No âmbito de Tipologias e Atribuições das Unidades de Atenção Especializada Ambulatorial em doença renal crônica (DRC) da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, responsável pela Atenção de Alta Complexidade, realizará pelo menos uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC. Fonte: *parágrafo 2º do art. 66 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.*

Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional

1. Proporciona condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência hospitalar e especializada a paci-

entes em risco nutricional ou desnutridos, incluindo, na sua solicitação de credenciamento, os critérios da Política Nacional de Humanização. Fonte: *caput do art. 705 da PRC GM/MS nº 5.*

Unidade de Assistência de alta Complexidade em Traumato-Ortopedia

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, deve: I – oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a doentes de afecções do sistema músculo-esquelético; II – desenvolver articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à Saúde; e III – respeitar os critérios determinados pela Política Nacional de Humanização do SUS. As Unidades de Assistência de Alta Complexidade de Traumato-Ortopedia prestarão assistência por meio de seu respectivo Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia. Fonte: *parágrafo 2º do art. 6º do Anexo XXXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, deverá oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de patologias cardiovasculares e desenvolver forte articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à saúde, incluindo, na sua solicitação de credenciamento, os critérios da Política Nacional de Humanização. As aptidões e atribuições dos serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular serão regulamentadas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) em portaria específica. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo XXXI da PRC GM/MS nº 2.*

Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

1. No âmbito das Diretrizes de Organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco da Rede Cegonha, serviço em unidades hospitalares cuja infraestrutura física e material permita acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas

por dia, até a alta hospitalar. Fonte: *caput do art. 83 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)

1. No âmbito das Diretrizes de Organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco da Rede Cegonha, também conhecida como Unidade Semi-Intensiva, é o serviço em unidades hospitalares destinado ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN. As UCINCo poderão configurar-se como unidades de suporte às UTIN ou de forma independente, obedecendo à rotina de cada serviço. Fonte: *caput do art. 78 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.*

Unidade de Produto [Programa Farmácia Popular do Brasil] (UP)

1. No âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), a fração unitária corresponde a uma unidade farmacotécnica do medicamento ou a fração unitária de produtos correlatos. Fonte: *inciso VII do caput do art. 3º do Anexo LXXVII da PRC GM/MS nº 5.*

Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h)

1. No âmbito do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências no SUS, considera-se: I – UPA 24h: estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RAU; II – UPA 24h Nova: UPA 24h construída com recursos de investimento federal; III – UPA 24h Ampliada: UPA 24h construída, a partir do acréscimo de área com adequação física dos estabelecimentos de saúde denominados Policlínica; Pronto Atendimento; Pronto socorro Especializado; Pronto Socorro Geral; e, Unidades Mistas, já cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES. Fonte: *caput do art. 71 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*
2. No âmbito do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências no SUS, são diretrizes da UPA 24h: I – funcionamento ininterrupto 24 (vinte e quatro) horas e em todos os dias da

semana, incluindo feriados e pontos facultativos; II – equipe assistencial multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde - RAS e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional; III – acolhimento; e IV – classificação de risco. Fonte: *caput do art. 72 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

3. No âmbito das Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. Fonte: *inciso I do caput do art. 10 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre

1. No âmbito de Rede de Atenção às Urgências, tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico. Fonte: *inciso II do caput do art. 44 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre

1. No âmbito de Rede de Atenção às Urgências, tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem. Fonte: *inciso I do caput do art. 44 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Unidade de Telessaúde

1. No âmbito do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, estabelecimento autônomo e não vinculado ao Telessaúde Brasil Redes que utiliza as tecnologias de informação e comunicação para realizar serviços de Teleconsultoria e de Apoio ao Diagnóstico através de distâncias geográficas e temporais. Fonte: *parágrafo 3º do art. 458 da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Telessaúde/Telemedicina.

Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO)

1. No âmbito de linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio (IAM) e do protocolo clínico sobre síndromes coronarianas agudas (SCA) da Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE), unidade de terapia intensiva dedicada ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda, devendo, necessariamente, dispor de infraestrutura típica de terapia intensiva, mas se localizar em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com síndrome coronariana aguda, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e oportunidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência. Fonte: parágrafo 1º do art. 142 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

1. No âmbito das Diretrizes de Organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco da Rede Cegonha, unidade que oferece serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte, assim considerados: I – recém-nascidos de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO₂ maior que 30% (trinta por cento); II – recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas; III – recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte; IV – recém-nascidos que necessitem de nutrição parenteral; e V – recém-nascidos que necessitem de cuidados especializados, tais como uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, uso de ventilação mecânica e Fração de Oxigênio (FiO₂) maior que 30% (trinta por cento), exsanguineotransfusão ou transfusão de hemoderivados por quadros hemolíticos agudos ou distúrbios de coagulação. Fonte: caput do art. 73 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Unidade de Tratamento de Pacientes de Alto Risco

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, ambiente

destinado a oferecer suporte básico e avançado de vida, favorecendo principalmente uma remoção adequada, tanto intra quanto inter-hospitalar. Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

2. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, é um ambiente obrigatório em qualquer serviço de urgência, independente de seu nível de complexidade e da etiologia do agravo. Tem como finalidade oferecer o suporte avançado de vida a qualquer paciente, seja cirúrgico ou clínico, que esteja em risco iminente de morte. Essa unidade deve atender pacientes de todas as faixas etárias, garantidas as condições clínicas para o transporte adequado de pacientes entre diferentes serviços. Fonte: Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.

Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)

1. No âmbito de normas gerais de credenciamento e habilitação do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao indivíduo com obesidade, no que tange aos leitos adaptados para obesos, é o ambiente composto por: a) box ou leito de pós-operatório de Cirurgia Bariátrica adequados aos obesos; b) respiradores volumétricos que suportem volumes e pressões especialmente elevados nos obesos; c) bipap (bi-level Positive Airway Pressure); d) cama do tipo Fowler para obesos; e e) esfigomanômetro especial para obesos. Fonte: Anexo 4 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.

Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise

1. No âmbito de Tipologias e Atribuições das Unidades de Atenção Especializada Ambulatorial em doença renal crônica (DRC) da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, unidade responsável pela Atenção de Média e Alta complexidade e a qual que compete: I – realizar o acompanhamento multi-profissional das pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS; II – matricular as equipes de atenção básica nos temas relacionados a doenças renais; e III – ofertar, pelo menos, uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC. Fonte: parágrafo 3º do art. 66 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 3.

Unidade Hemoterápica

1. No âmbito de Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia e Imunohematologia

para Unidades Hemoterápicas (PNCQES), unidade enquadrada ou definida na Portaria-SVS nº 121, de 24 de novembro de 1995 (anexo I), excetuando-se, para enquadramento no Capítulo III do Título II do Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 5, as agências transfusionais. Fonte: parágrafo 1º do art. 275 do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.

FA), princípio que orienta as políticas públicas dos governos para a garantia do acesso aos serviços por elas prestados a todos, sem distinção. Fonte: inciso XXIX do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.

UP ver Unidade de Produto [Programa Farmácia Popular do Brasil]

UPA 24h

1. No âmbito de diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento, como componente da Rede de Atenção às Urgências (RAU), estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RAU. Fonte: inciso I do caput do art. 71 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

UPA 24h Ampliada

1. No âmbito de diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento, como componente da Rede de Atenção às Urgências (RAU), construída, a partir do acréscimo de área com adequação física dos estabelecimentos de saúde denominados Policlínica; Pronto Atendimento; Pronto socorro Especializado; Pronto Socorro Geral; e, Unidades Mistas, já cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES. Fonte: inciso III do caput do art. 71 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

UPA 24h Nova

1. No âmbito de diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento, como componente da Rede de Atenção às Urgências (RAU), construída com recursos de investimento federal. Fonte: inciso II do caput do art. 71 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

Uso Racional de Medicamentos

1. No âmbito da terminologia aplicada à Política Nacional de Medicamentos, processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade. Fonte: Anexo 1 do Anexo XXVII da PRC GM/MS nº 2.

Unidade integrante da Rede Nacional de Laboratórios de Assistência Médica de Alta Complexidade

1. Executa atividades de apoio complementar ao diagnóstico de doenças e outros agravos à saúde. Fonte: caput do art. 6º do Anexo II da PRC GM/MS nº 4.

Unidade Móvel

1. Veículo destinado ao transporte, utilizado na Rede de Frio, tais como furgão, pick-up climatizada, caminhão baú refrigerado, veículos aquáticos e empiladeira. Fonte: inciso VII do caput do art. 770 da PRC GM/MS nº 6.

Unidade Neonatal

1. No âmbito de organização dos leitos de unidade neonatal, serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. Fonte: caput do art. 68 do Anexo II da PRC GM/MS nº 3.

Unidade Odontológica Móvel

1. Consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal a serem realizadas por Equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes da Estratégia de Saúde da Família. Fonte: parágrafo 2º do art. 80 da PRC GM/MS nº 6.

Ver também: Unidade Móvel.

Unidade Semi-Intensiva ver Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCIN-Co)

Universalidade

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPC-

Usuário(a)

1. No âmbito de Processo Transexualizador, é o(a) transexual e travesti. Fonte: parágrafo único do art. 2º do Anexo 1 do Anexo XXI da PRC GM/MS nº 2.

Usuário Colaborador

1. No âmbito do Processo Eletrônico de Compras (PEC), prestador de serviço terceirizado ou qualquer outro colaborador do Ministério da Saúde que tenha acesso, de forma autorizada, ao SinProcesso. Fonte: inciso V do caput do art. 486 da PRC GM/MS nº 1.

Usuário em Situação de Perda de Autonomia

1. No âmbito da organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), aquele com limitações físicas, funcionais, neurológicas e/ou motoras, restritos ao leito, ou em qualquer condição clínica que indique a necessidade de cuidados prolongados em unidade hospitalar. Fonte: parágrafo único do art. 153 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.

UTI ver Unidade de Tratamento Intensivo

UTIN ver Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Letra V

Vacina Pentavalente

1. Previne a difteria, tétano, coqueluche e infecções por *Haemophilus influenzae* tipo B e hepatite B. Fonte: Anexo CI da PRC GM/MS nº 5.

Vacina Pneumocócica 10-valente

1. Previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de morbidade e mortalidade. Fonte: Anexo CI da PRC GM/MS nº 5.

Vacina Poliomielite

1. Previne da doença do mesmo nome, em fase de erradicação global. Fonte: Anexo CI da PRC GM/MS nº 5.

Vacina Tríplice Viral

1. Previne do sarampo e rubéola, doenças com compromisso de eliminação na região das Américas. Fonte: Anexo CI da PRC GM/MS nº 5.

Validação [Procedimentos Hemoterápicos]

1. No âmbito do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, demonstração por meio de documentação e evidências objetivas em que requisitos pré-definidos para procedimentos ou processos específicos são consistentemente atendidos. Fonte: inciso XLIV do caput do art. 5º do Anexo IV da PRC GM/MS nº 5.

Valor de Referência [Programa Farmácia Popular do Brasil] (VR)

1. No âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), o preço referencial fixado pelo Ministério da Saúde para cada princípio ativo e correlato constante do Programa Farmácia Popular do Brasil e definido para cada unidade de produto (UP). Fonte: inciso VIII do caput do art. 3º do Anexo LXXVII da PRC GM/MS nº 5.

Valor Pós-fixado

1. No âmbito das diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), todo valor destinado ao custeio de um hospital condicionado ao cumprimento das metas de produção, composto pelo valor dos serviços de Alta Complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC), calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizada pelo gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal. Fonte: inciso IV do caput do art. 15 do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.

Valor Pré-fixado

1. No âmbito das diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), parte dos recursos financeiros provisionada ao hospital contratado, garantindo-lhe conhecimento anteci-

pado de parte do valor previsto para desembolso no período contratado. Fonte: *inciso V do caput do art. 15 do Anexo 2 do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

VEH ver Vigilância Epidemiológica Hospitalar

Veículo de Intervenção Rápida (VIR)

1. No âmbito de Rede de Atenção às Urgências, tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro. Fonte: *inciso VI do caput do art. 44 do Anexo III da PRC GM/MS nº 3.*

Veículo para Atendimento Pré-hospitalar

1. No âmbito de Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, viatura equipada com equipamentos para resgatar vítimas presas em ferragens ou em outras condições anômalas. Fonte: *Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.*

Verticalização

1. No âmbito das Diretrizes e os Critérios para a Definição da Lista de Produtos Estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), o conjunto de etapas, unidades e sistemas produtivos que determinam o grau de internalização da cadeia produtiva do produto objeto de Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDP) no País. Fonte: *inciso IX do caput do art. 2º do Anexo XCV da PRC GM/MS nº 5.*

Vestiário de Barreira em Banco de Tecido Cardiovascular

1. Possui lavatório e serve de barreira às salas de processamento do Banco, assegurando o acesso dos profissionais portando roupas de uso exclusivo nessas áreas. Fonte: *Anexo 7 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Vestiário de Barreira em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos

1. Possui lavatório e serve de barreira às salas de processamento do Banco, assegurando o acesso dos profissionais, portando roupas de uso exclusivo nestas áreas. Fonte: *Anexo 5 do Anexo I da PRC GM/MS nº 4.*

Vida no Trabalho

1. No âmbito de Política Nacional de Promoção da Saúde, compreende a interrelação do tema priorizado com o trabalho formal e não formal e com os setores primário, secundário e terciário da economia, considerando os espaços urbano e rural, e identificando oportunidades de operacionalização na lógica da promoção da saúde para ações e atividades desenvolvidas nos distintos locais, de maneira participativa e dialógica. Fonte: *inciso V do caput do art. 8º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Vigilância, Monitoramento e Avaliação

1. No âmbito de Política Nacional de Promoção da Saúde, são um dos seus eixos operacionais, entendidos enquanto uso de múltiplas abordagens na geração e análise de informações sobre as condições de saúde de sujeitos e grupos populacionais, visando subsidiar decisões, intervenções e implantar políticas públicas de promoção da saúde. Fonte: *inciso VII do caput do art. 9º do Anexo I da PRC GM/MS nº 2.*

Vigilância Alimentar e Nutricional

1. No âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica. Fonte: *Anexo 1 do Anexo III da PRC GM/MS nº 2.*

Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

1. No âmbito dos procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, o conjunto de ações adotadas regularmente pela autoridade de saúde pública para verificar o atendimento a este Anexo, considerados os aspectos socioambientais e a realidade local, para avaliar se a água consumida pela população apresenta risco à saúde humana. Fonte: *inciso XVI do caput do art. 5º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 5.*

Ver também: Água para Consumo Humano e Controle da Qualidade da Água para Consumo Humano.

Vigilância de Saúde do Trabalhador em Estabelecimento de Saúde

1. No âmbito de tipificação de estabelecimentos em saúde, ação e serviço de vigilância em saúde, clínico-assistenciais e de suporte técnico-pedagógico, voltada para a atenção integral à saúde do trabalhador. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Vigilância de Zoonoses em Estabelecimento de Saúde

1. No âmbito de tipificação de estabelecimentos em saúde, é o conjunto de ações, serviços e estratégias relacionadas a animais de relevância para a saúde pública, devendo obrigatoriedade contemplar: a educação em saúde visando à prevenção de zoonoses; a Imunização animal contra zoonoses normatizadas pelo Ministério da Saúde; o diagnóstico laboratorial de zoonoses e identificação das espécies de animais; a coleta, recebimento, acondicionamento, conservação e transporte de espécimes ou amostras biológicas de animais para encaminhamento aos laboratórios, com vistas à identificação ou diagnóstico laboratorial de zoonoses; o gerenciamento de resíduos oriundos dos serviços gerados pelas atividades de vigilância em zoonoses; o recolhimento e transporte de animais; a recepção de animais vivos e de cadáveres de animais; a manutenção e cuidados básicos aos animais recolhidos; a destinação adequada dos animais recolhidos (resgate, transferência ou eutanásia); a necropsia e coleta de amostras laboratoriais ou outros procedimentos pertinentes em animais (vivos ou mortos) suspeitos de zoonoses; o controle de vetores, roedores e animais sinantrópicos; a adoção de medidas de biossegurança; e a inspeção zoossanitária. Não estão incluídas: atividades que possuem como foco o bem estar, a proteção e a saúde animal; fiscalização relativa a maus tratos a animais; salvamento, recolhimento e acolhimento de animais que não são de relevância para a saúde pública; controle e prevenção de acidentes de trânsito causados por animais; atendimento de reclamações relativas às denúncias que não se referem a animais de relevância para a saúde pública; adestramento/ressocialização de animais; controle em massa de populações de animais para prevenção de zoonoses; atendimento clínico veterinário a animais que não estejam sob guarda da Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ); atendimento clínico veterinário a animais que estejam sob guarda da UVZ, que não seja exame clínico básico e procedimentos curativos; atendimento cirúrgico veterinário a animais. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Vigilância dos Óbitos Maternos

1. Os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como de subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência. Para fins de investigação, é considerado óbito materno a morte de mulher, ocorrida durante a gestação ou até um ano após o seu término, devida a quaisquer causas relacionadas com o seu desenvolvimento ou agravada no seu curso, inclusive por medidas adotadas durante a gravidez, independentemente de sua duração ou da localização, excluídas as acidentais ou incidentais, e são considerados óbitos de mulheres em idade fértil aqueles ocorridos em mulheres de 10 a 49 anos de idade. Para cômputo da razão de mortalidade materna, serão excluídos os casos de óbitos ocorridos após quarenta e dois dias do término da gestação, mas todos devem ser investigados, inclusive para se certificar das datas do término da gestação e do óbito. Fonte: *caput do art. 409 da PRC GM/MS nº 1*.

2. O óbito materno é considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas. É obrigatória a investigação, por parte de todos os Municípios, dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas possam ocultar o óbito materno, devendo ser iniciada, no máximo, 30 dias após a ocorrência do óbito. Em caso de óbito cujas informações registradas na declaração de óbito (DO) não permitiram, inicialmente, a classificação como morte materna, mas que, após a investigação, comprovou-se tratar de óbito desta natureza, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de acordo com suas competências, devem incorporar as novas causas ao banco de dados do SIM. Fonte: *caput do art. 420 da PRC GM/MS nº 1*.

Vigilância em Saúde

1. Constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo III da PRC GM/MS nº 4*.

2. Processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. Fonte: *parágrafo 1º do art. 2º da Resolução MS 588 de 12/07/2018.*
3. No âmbito das definições que objetivam possibilitar uma mesma compreensão do Termo de Compromisso de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estão contemplados os componentes: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental. Fonte: *Anexo XIV da PRC GM/MS nº 1.*

Vigilância em Saúde Ambiental

1. Conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde. Fonte: *inciso X do caput do art. 6º da Resolução MS 588 de 12/07/2018.*

Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)

1. Conjunto de ações que visam promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervêm nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho. Fonte: *inciso XI do caput do art. 6º da Resolução MS 588 de 12/07/2018.*
2. No âmbito das Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores expostos ao Benzeno, atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social e organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS – Portaria nº 3.120/GM, de 1º de julho de 1998). Fonte: *Anexo LXVIII da PRC GM/MS nº 5.*
3. No âmbito da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los. A Vigilância em Saúde do Trabalhador compõe um conjunto de práticas sanitárias, articuladas suprassetorialmente, cuja especificidade está centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta com a assistência, calcado nos princípios da vigilância em saúde, para a melhoria das condições de vida e saúde da população. A Vigilância em Saúde do Trabalhador não constitui uma área desvinculada e independente da vigilância em saúde como um todo mas, ao contrário, pretende acrescentar ao conjunto de ações da vigilância em saúde estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns das práticas sanitárias àqueles oriundos da relação entre o trabalho e a saúde. De forma esquemática, tem como objetivos: a - conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho e do vínculo trabalhista estabelecido, considerando: a1 - a caracterização de sua forma de adoecer e morrer em função da sua relação com o processo de trabalho; a2 - o levantamento histórico dos perfis de morbidade e mortalidade em função da sua relação com o processo de trabalho; a3 - a avaliação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, identificando os riscos e cargas de trabalho a que está sujeita, nos seus aspectos tecnológicos ergonômicos e organizacionais já conhecidos; a4 - a pesquisa e a análise de novas e ainda desconhecidas formas de adoecer e morrer em decorrência do trabalho; b - intervir nos fatores determinantes de agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los, considerando: b1 - a fiscalização do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, fazendo cumprir, com rigor, as normas e legislações existentes, nacionais ou mesmo internacionais quando relacionadas à promoção da saúde do trabalhador; b2 - a negociação coletiva em saúde do trabalhador, além dos preceitos legais estabelecidos, quando se impuser a transformação do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza, não prevista nor-

mativamente; c - avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, atenuação e controle dos fatores determinantes de agravos à saúde, considerando: c1 - a possibilidade de transformar os perfis de morbidade e mortalidade; c2 - o aprimoramento contínuo da qualidade de vida no trabalho; d - subsidiar a tomada de decisões dos órgãos competentes, nas três esferas de governo considerando: d1 - o estabelecimento de políticas públicas, contemplando a relação entre o trabalho e a saúde no campo de abrangência da vigilância em saúde; d2 - a interveniência, junto às instâncias do Estado e da sociedade, para o aprimoramento das normas legais existentes e para a criação de novas normas legais em defesa da saúde dos trabalhadores; d3 - o planejamento das ações e o estabelecimento de suas estratégias; d4 - a participação na estruturação de serviços de atenção à saúde dos trabalhadores; d5 - a participação na formação, capacitação e treinamento de recursos humanos com interesse na área; e - estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador, junto às estruturas existentes no setor saúde, considerando: e1 - a criação de bases de dados comportando todas as informações oriundas do processo de vigilância e incorporando as informações tradicionais já existentes; e2 - a divulgação sistemática das informações analisadas e consolidadas. Fonte: Anexo LXXIX da PRC GM/MS nº 5.

4. No âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, é um conjunto de ações e práticas que envolvem desde a vigilância sobre os agravos relacionados ao trabalho, tradicionalmente reconhecida como vigilância epidemiológica; intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho, compreendendo ações de vigilância sanitária, até as ações relativas ao acompanhamento de indicadores para fins de avaliação da situação de saúde e articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos, fica clara a existência de interfaces com os demais componentes da vigilância em saúde. 7. A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervêm nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas. Como

componente da vigilância em saúde e visando à integralidade do cuidado, a VISAT deve inserir-se no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). Nesta perspectiva, a VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Portaria GM/MS Nº 3.120/98). Apresenta como características gerais: I – O caráter transformador: a Vigilância em Saúde do Trabalhador constitui um processo pedagógico que requer a participação dos sujeitos e implica em assumir compromisso ético em busca da melhoria dos ambientes e processos de trabalho. Dessa maneira, a ação de VISAT deve ter caráter proponente de mudanças e de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho. II – A importância das ações de promoção, proteção e prevenção: partindo do entendimento de que os problemas de saúde decorrentes do trabalho são potencialmente preveníveis, esta Política deve fomentar a substituição de matérias primas, de tecnologias e de processos organizacionais prejudiciais à saúde por substâncias, produtos e processos menos nocivos. As práticas de intervenção em VISAT devem orientar-se pela priorização de medidas de controle dos riscos na origem e de proteção coletiva. III – Interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber dos trabalhadores, necessários para o desenvolvimento da ação. IV – Pesquisa-intervenção: o entendimento de que a intervenção, no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção. V – Articulação intra-setorial: a Vigilância em Saúde do Trabalhador deve se articular com os demais componentes da Vigilância em Saúde - Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Promoção da Saúde e Vigilância da Situação de Saúde. VI – Articulação intersetorial: deve ser compreendida como o

exercício da transversalidade entre as políticas de saúde do trabalhador e outras políticas setoriais, como Previdência, Trabalho e Meio Ambiente, e aquelas relativas ao desenvolvimento econômico e social, nos âmbitos federal, estadual e municipal. VII – Pluri-institucionalidade: articulação, com formação de redes e sistemas no âmbito da vigilância em saúde e com as universidades, os centros de pesquisa e demais instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente. Fonte: Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.

5. No âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa à promoção da saúde e a redução da morbitimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas. Como componente da vigilância em saúde e visando à integralidade do cuidado, a VISAT deve inserir-se no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). Nesta perspectiva, a VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Portaria GM/MS Nº 3.120/98). Fonte: Anexo 1 do Anexo XV da PRC GM/MS nº 2.

Vigilância em Saúde em Estabelecimento de Saúde

1. No âmbito de tipificação de estabelecimentos em saúde, processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para

a promoção da saúde. Fonte: Anexo XV da PRC GM/MS nº 1.

Vigilância Epidemiológica

1. No âmbito da Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990 [Lei Orgânica da Saúde], o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Fonte: parágrafo 2º do art. 6º da Lei FED 8080 de 19/09/1990.
2. Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde. Fonte: inciso XII do caput do art. 6º da Resolução MS 588 de 12/07/2018.
3. No âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), pela interdependência do seu conteúdo e do desenvolvimento de suas ações, a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica são consideradas, conceitualmente, como integrantes da Vigilância em Saúde, implicando compromisso solidário do Poder Público e da sociedade na proteção e defesa da qualidade de vida. Operativamente, a atuação da vigilância sanitária requererá fundamentação epidemiológica eficiente, voltada para a prevenção ou detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva. Fonte: caput do art. 2º do Anexo VI da PRC GM/MS nº 4.
4. No âmbito das Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores expostos ao Benzeno, um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (Lei nº 8.080/90). Fonte: Anexo LXVIII da PRC GM/MS nº 5.

Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH)

1. Conjunto de ações que 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). [Conceito originário de dispositivo revogado]. Fonte: *caput do art. 520 da PRC GM/MS nº 5*.

Vigilância e Prevenção do Óbito Infantil, Fetal e Materno

1. No âmbito de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis. Fonte: *inciso VII do caput do art. 6º do Anexo X da PRC GM/MS nº 2*.

Vigilância Sanitária

1. Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e descarte. Fonte: *inciso XIII do caput do art. 6º da Resolução MS 588 de 12/07/2018*.
2. No âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), pela interdependência do seu conteúdo e do desenvolvimento de suas ações, a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica são consideradas, conceitualmente, como integrantes da Vigilância em Saúde, implicando compromisso solidário do Poder Público e da sociedade na proteção e defesa da qualidade de vida. Operativamente, a atuação da vigilância sanitária requererá fundamentação epidemiológica eficiente, voltada para a prevenção ou detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva. Fonte: *caput do art. 2º do Anexo VI da PRC GM/MS nº 4*.
3. No âmbito das Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores expostos ao Benzeno, um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (Lei nº 8.080/90). Fonte: *Anexo LXVIII da PRC GM/MS nº 5*.
4. No âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, entende-se por vigilância sanitária o conjunto de ações capaz de: I – eliminar, diminuir ou prevenir riscos e

agravos à saúde do indivíduo e da coletividade; II – intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção, distribuição, comercialização e uso de bens de capital e consumo, e da prestação de serviços de interesse da saúde; e III – exercer fiscalização e controle sobre o meio ambiente e os fatores que interfere-rem na sua qualidade, abrangendo os processos e ambientes de trabalho, a habitação e lazer. As ações de vigilância sanitária enunciadas incluem necessariamente: I – as medidas de interação da política de saúde com as políticas económicas e sociais cujos resultados constituem fatores determinantes e condicionantes do nível de saúde da população; II – as medidas de interação dos profissionais de saúde em exercí-cio nas atividades de Vigilância Sanitária com os órgãos e entidades, governamentais e não governamen-tais, de defesa do consumidor e da cidadania; III – o controle de todas as etapas e processos, da produção ao uso de bens de capital e de consumo e de prestação de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, com vista à garantia da sua qualida-de; e IV – as ações destinadas à promoção e proteção da saúde do trabalhador submetido aos riscos e agravos advindos dos processos e ambiente de trabalho. Fonte: *caput do art. 3º do Anexo VI da PRC GM/MS nº 4*.

5. No âmbito da Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990 [Lei Orgânica da Saúde], o conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II – o controle da prestação de serviços que se relacionam diretamente ou indiretamente com a saúde. Fonte: *parágrafo 1º do art. 6º da Lei FED 8080 de 19/09/1990*.

Vigilância Sentinel

1. No âmbito da Lista Nacional de Notificação Compulsó-ria de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica espe-cífica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Fonte: *inciso X do caput do art. 2º do Anexo V da PRC GM/MS nº 4*.

2. No âmbito da vigilância epidemiológica, modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Fonte: *caput do art. 321 da PRC GM/MS nº 5.*

Vigilância Sentinela da Influenza

1. Vigilância que tem como objetivo fortalecer a vigilância epidemiológica da influenza através da identificação da circulação dos vírus influenza e de outros vírus respiratórios, de acordo com a patogenicidade, a virulência em cada período sazonal, a existência de situações inusitadas ou o surgimento de novo subtipo viral e Influenza também tem por finalidade o isolamento de espécimes virais e o respectivo envio oportuno ao Centro Colaborador de Influenza (CCI) de referência para as Américas e para a Organização Mundial da Saúde (OMS), visando à adequação da vacina da influenza sazonal. [Conceito originário de dispositivo revogado]. Fonte: *caput do art. 325 da PRC GM/MS nº 5.*

VIGIPOS ver Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária

Violência

1. No âmbito da Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros (Minayo e Souza, 1998). Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Há diversas formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. Os diversos grupos populacionais são atingidos por diferentes tipos de violência com consequências distintas. Configura, assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas accidentais - devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes - e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças - CID. (OMS, 1985 e OMS,

1995) - sob a denominação de causas externas. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros. Estabelece-se, portanto, a seguinte classificação estratégica: I - violências domésticas: maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono; II - violência extradomiciliar: exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios), bem como as violências auto infligidas (como a tentativa de suicídio). Fonte: *Anexo 1 do Anexo VII da PRC GM/MS nº 2.*

Violência no Campo e na Floresta

1. No âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIP-FA), conflitos de interesses que geram, de forma sutil ou explícita, agravos, lesões e privação da vida, da liberdade, da cultura, do acesso à terra e aos direitos civis, políticos, sociais e ambientais. Fonte: *inciso XXX do caput do art. 2º do Anexo XX da PRC GM/MS nº 2.*

VIR ver Veículo de Intervenção Rápida

VISAT ver Vigilância em Saúde do Trabalhador

Visita Aberta

1. No âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar, acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio. Fonte: *inciso XXIII do caput do art. 5º do Anexo XXIV da PRC GM/MS nº 2.*

Visita Técnica para Qualificação [da Participação Complementar]

1. No âmbito da participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), inspeção realizada pelo ente federado contratante à entidade cadastrada com o objetivo de identificar e avaliar a capacidade física e operacional e a qualidade das ações e dos serviços prestados, com a emissão de parecer circunstan-

ciado, que fundamentará a decisão acerca da habilitação da entidade. Fonte: *inciso VII do caput do art. 129 da PRC GM/MS nº 1.*

Voluntariado Informal

1. No âmbito de formas de contratação dos profissionais, profissional sem contrato formal com o empregador que atue de forma gratuita. Fonte: *Anexo XXXIV da PRC GM/MS nº 1.*

VR ver Valor de Referência [Programa Farmácia Popular do Brasil]

Vulnerabilidade

1. Designa tanto os processos geradores quanto as características das populações e territórios que possuem maiores dificuldades em absorver os impactos decorrentes de diferentes e variados graus de eventos de risco. Fonte: *inciso XIV do caput do art. 6º da Resolução MS 588 de 12/07/2018.*

Índice

A

Abordagem Multiprofissional e Interdisciplinar, 1
Abuso, 1
Ação Básica de Reabilitação, 1
Ação Complexa de Reabilitação, 1
Ação Corretiva [Procedimentos Hemoterápicos], 1
Ação de Saúde na Atenção Básica, 1
Ação e Serviço da Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, 1
Ação e Serviço da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS), 1
Ação ou Serviço de Saúde, 2
Ação Preventiva [Procedimentos Hemoterápicos], 2
ACE ver Agente de Combate às Endemias, 2
Acessibilidade Hospitalar, 2
Acesso, 2
Acesso Universal, 3
Acidente Ligado ao Trabalho [Agravio a Saúde Relacionado ao Trabalho], 3
Ações de Caráter Intersetorial Destinadas à Reabilitação Psicosocial Desenvolvidas em Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais , 3
Ações e Serviços de Promoção da Saúde, 3
Ações e Serviços Públicos de Saúde Voltados para a Vigilância, a Prevenção e o Controle de Zoonoses e de Acidentes Causados por Animais Peçonhentos e Venenosos, de Relevância para a Saúde Pública, 7
Ações Laboratoriais, 7
Ações para a Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores de Nível Técnico da Área da Saúde, 7
Acolhimento com Classificação de Risco, 8
Aconselhamento Genético, 8
Acreditação, 8
ACS ver Agente Comunitário de Saúde, 8
Acupuntura, 8
AD ver Atenção Domiciliar à Saúde, 9
Administração em Gestão da Saúde, 9
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 9
Agente Causador [Agravio a Saúde Relacionado ao Trabalho], 10
Agente Comunitário de Saúde (ACS), 10
Agente de Combate às Endemias (ACE), 11
Agente de Controle de Endemias ver Agente de Combate às Endemias (ACE), 11
Agente de Controle de Zoonoses ver Agente de Combate às Endemias (ACE), 11
Agente de Vigilância Ambiental ver Agente de Combate às Endemias (ACE), 11

Agente Desinfetante, 11
Agente Público Regulador, 11
Agente Social, 11
Agentes Crioprotetores, 11
Agravio, 11
Agravio a Saúde Relacionado ao Trabalho [Preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar], 12
Água para Consumo Humano, 12
Água Potável, 12
Água Tratada, 12
AIDIPI Neonatal ver Estratégia AIDIPI Neonatal [Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância], 12
AIH ver Autorização de Internação Hospitalar, 12
AIVD ver Atividades Instrumentais de Vida Diária, 12
Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável, 12
Alergia Alimentar, 12
Alerta de Risco Sanitário, 12
Alimento para Fins Especiais, 13
Alojamento Conjunto, 13
Alta Complexidade, 13
Alta Hospitalar Responsável, 13
Ambiente e Território Saudável, 14
Ambulatório, 14
Ambulatório de Acompanhamento, 14
Análise da Situação de Saúde, 14
Análise Situacional em Saúde [no Planejamento da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)], 14
Análises Laboratoriais de Vigilância em Saúde em Estabelecimento de Saúde, 15
Animal de Relevância para a Saúde Pública, 15
Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) (APVP), 15
Antecâmara em Banco de Tecido Ocular, 15
ANVISA ver Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 15
APH ver Atendimento Pré-Hospitalar, 15
Apoio Diagnóstico , 15
Apoio Institucional , 15
Apoio Matricial, 15
APVP ver Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), 15
Aqui Tem Farmácia Popular, 16
Área de Armazenamento dos Tecidos em Banco de Tecido Ocular, 16
Armazenamento da Córnea em Banco de Tecido Ocular, 16
Aromaterapia, 16
Arquivo Eletrônico , 16
Arteterapia, 16
Articulação e Cooperação Intra e Intersetorial, 17
Articulação Intersetorial, 17
Articulação Intrasetorial, 17
Assistência a Emergências, 17

Assistência à Saúde , 17	Atenção Integral a Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas, 29
Assistência Ambulatorial, 17	Atenção Integral à Saúde, 30
Assistência Domiciliar em Reabilitação, 17	Atenção Integral ao Usuário, 29
Assistência Farmacêutica, 17	Atenção Integral e Humanizada ao Recém-nascido Grave ou Potencialmente Grave, 30
Assistência Farmacêutica no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ver Diretrizes da Assistência Farmacêutica no SASISUS, 18	Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa, 30
Assistência Financeira Complementar (AFC), 18	Atenção Nutricional, 31
Assistência Intermediária , 18	Atenção Psicosocial, 31
Assistência Obstétrica e Neonatal , 18	Atenção Secundária, 31
Assistência ou Atendimento em Reabilitação, 18	Atenção Terciária, 31
Assistência Pré e Pós-Operatória no Tratamento Cirúrgico da Obesidade, 18	Atendimento de Recuperação e Reabilitação, 31
Assistência Qualificada, 19	Atendimento Hospitalar em Reabilitação, 31
Assistência Social e à Saúde, 19	Atendimento Ininterrupto, 31
Assistência Toxicológica, 19	Atendimento Intensivo, 31
Atenção à Saúde, 19	Atendimento Não-Intensivo, 31
Atenção à Saúde da Pessoa com Doença Renal Crônica, 19	Atendimento Pediátrico, 32
Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência, 20	Atendimento Pré-Hospitalar (APH), 32
Atenção à Saúde de Crianças com Deficiência ou em Situações Específicas e de Vulnerabilidade, 20	Atendimento Semi-Intensivo, 32
Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, 20	Atividade Principal do Estabelecimento de Saúde, 32
Atenção ao Pré-Natal de Alto Risco, 19	Atividades Básicas da Vida Diária (AVD), 32
Atenção às Urgências e Emergências em Saúde, 21	Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), 32
Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS), 21	Atração de Investimentos em Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde, 32
Atenção Básica em Genética Clínica ver Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica, 24	ATS ver Avaliação de Tecnologias em Saúde, 32
Atenção de Urgência e Emergência, 24	Auditória, 32
Atenção Domiciliar à Saúde (AD), 24	Auditória Clínica, 33
Atenção Especializada à Saúde, 25	Auditória de Gestão , 33
Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva, 27	Auditória Especializada, 33
Atenção Especializada em Genética Clínica ver Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica, 27	Automonitoramento da Glicemia Capilar, 33
Atenção Especializada em Oftalmologia, 27	Autonegligência, 33
Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, 27	Autoridade de Saúde, 33
Atenção Hematológica e/ou Hemoterápica em Estabelecimento de Saúde, 28	Autoridade Fiscalizadora Competente, 33
Atenção Hospitalar, 28	Autoridade Sanitária, 33
Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, 29	Autorização de Internação Hospitalar (AIH), 34
Atenção Humanizada ao Parto e Nascimento, 29	Avaliação Clínica para Diagnóstico de Doenças Raras, 34
Atenção Humanizada e Qualificada à Gestação, ao Parto, ao Nascimento e ao Recém-Nascido, 29	Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), 34
Atenção Integral à Criança em Situação de Violências, Prevenção de Acidentes e Promoção da Cultura de Paz, 29	Avaliação do Controle Glicêmico, 34
	Avaliação e Controle do Automonitoramento da Glicemia Capilar, 34
	Avaliação Funcional, 34
	Avaliação Neuropsicológica/Neurocomportamental [Trabalhadores Expostos ao Benzeno], 34
	Avaliação Nutricional, 35
	Avaliação para Tratamento Cirúrgico para Obesidade, 35
	AVD ver Atividades Básicas da Vida Diária, 35
	Ayurveda, 35

B

Banco de Leite Humano (BLH) (BLH), 35
Banco de Multitecidos (BMT), 35
Banco de Olhos, 36
Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BS-CUP), 36
Banco de Tecido Ocular Humano (BTOC), 36
Banco de Tecidos [Sistema Nacional de Transplantes], 36
Banho Terapêutico, 37
Base Descentralizada, 37
Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 37
Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde, 37
Benzenismo ver Toxicidade pelo Benzeno, 38
Benzeno, 38
Biodança, 38
Biodisponibilidade, 38
Bioenergética, 38
Bioequivalência, 39
Bissexuais ver Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), 39
BLH ver Banco de Leite Humano (BLH), 39
Bloco Cirúrgico, 39
Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, 39
BMT ver Banco de Multitecidos, 39
Bolsa de Ostomia, 39
Bolsa para o Aperfeiçoamento e Especialização, 39
Bolsa para o Corpo Docente, 39
Bolsa para o Trabalhador-Estudante, 39
Bolsista Próprio, 39
Bolsista Subsidiado por Outro Ente/Entidade, 39
BrasilCord ver Rede Nacional de Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para Transplantes de Células-Tronco Hematopoiéticas, 40
BSCUP ver Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, 40
BTME ver Equipe Técnica em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, 40
BTOC ver Banco de Tecido Ocular Humano, 40

C

Cadastramento, 40
Cadastro Nacional de Especialistas, 40
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 40
Cadastro Nacional de Usuários , 41
Cadastro Técnico Único (CTU), 41

Cadastro [da Participação Complementar], 40
Cadeia de Cuidados Progressivos à Saúde, 41
Cadeia de Frio, 41
Caderneta de Saúde da Criança, 41
Caderneta de Saúde do Adolescente, 41
Caderneta de Vacinação, 41
Calendário Nacional de Vacinação, 41
Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas, 42
Calibração [Procedimentos Hemoterápicos], 42
Camada Leucoplaquetária [Procedimentos Hemoterápicos], 42
Câmara de Assessoramento à Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados, 42
Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), 42
Câmara Técnica Consultiva do Banco de Preços em Saúde [do Ministério da Saúde] (CT/BPS), 43
Câmara Técnica de Assessoramento e Apoio às Ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, 43
Câmara Técnica de Imunobiológicos, 43
Câmara Técnica em Reumatologia, 44
Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia, 44
Câmara Técnica Específica do Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM), 44
Câmara Técnica Nacional do Sistema Nacional de Transplantes (CTN), 44
Câmara Técnica [da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)], 42
Câmara Técnica [da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica], 43
Câmara Técnica [da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal], 43
Câmara Técnica [da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade], 43
Campanha Nacional de Vacinação, 45
Campo de Aplicação das Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores Expostos ao Benzeno ver Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores Expostos ao Benzeno, 45
Cantoterapia, 45
CAP ver Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta Para Casa, 45
CAP-SES ver Comissão Estadual de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”, 46
Capacidade Adaptativa, 45
Capacidade Funcional, 45
Capacidade Técnico-Operativa da Instituição, 45
Capacitação de Recursos Humanos, 45
CAPS AD, 45
CAPS AD II, 45
CAPS AD III, 46
CAPS AD III Novo, 46

- CAPS AD III Qualificado, [46](#)
CAPS AD IV Reestruturado, [46](#)
CAPS AD IV ver Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV, [46](#)
CAPS i, [46](#)
CAPS I, [46](#)
CAPS i II, [48](#)
CAPS II, [47](#)
CAPS III, [47](#)
CAPS ver Centro de Atenção Psicossocial, [45](#)
Captação de Recursos, [48](#)
Carta Consulta , [48](#)
Carta SUS, [48](#)
Cartão da Criança, [48](#)
Cartão de Vacinação ver Caderneta de Vacinação, [48](#)
Cartão Nacional de Saúde, [48](#)
Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), [49](#)
Casa de Apoio , [49](#)
Casa de Saúde Indígena (CASAI), [49](#)
CASAI ver Casa de Saúde Indígena, [49](#)
Caso Confirmado [Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Medidas de Controle], [49](#)
Caso Suspeito de Toxidade Crônica por Benzeno [Trabalhadores Expostos ao Benzeno], [50](#)
Caso Suspeito [Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Medidas de Controle], [49](#)
CAT ver Comunicação de Acidentes do Trabalho, [50](#)
CAT-Coagulopatias ver Comissão de Assessoramento Técnico às Coagulopatias, outras Doenças Hemorrágicas Hereditárias e Plaquetopatias, [50](#)
CAT-Doença Falciforme ver Comissão de Assessoramento Técnico à Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, [50](#)
CAT-Gestão Ambiental ver Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão Ambiental, [50](#)
CAT-Gestão de Equipamentos ver Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão de Equipamentos, [50](#)
CAT-Hemostasia ver Comissão de Assessoramento Técnico ao Diagnóstico Laboratorial em Hemostasia, [50](#)
CAT-PDVS ver Comissão de Assessoramento Técnico para a Promoção da Doação Voluntária de Sangue, [50](#)
CAT-Sangue Raro ver Comissão de Assessoramento Técnico em Sangue Raro, [50](#)
CAT-Talassemias ver Comissão de Assessoramento Técnico às Talassemias, [50](#)
Categoria Estadual do Prêmio de Qualidade em Assistência Hospitalar, [50](#)
CATQNHP ver Comissão de Assessoramento Técnico à Qualificação Nacional da Hemorrede Pública, [50](#)
Causa Externa, [50](#)
Causas Externas em Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde , [50](#)
CBS ver Comissão de Biossegurança em Saúde [do Ministério da Saúde], [50](#)
CCP/CNES ver Comitê Consultivo Permanente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CCP/CNES), [51](#)
CCT ver Comissão Corregedora Tripartite, [51](#)
CEBAS ver Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde, [51](#)
CECAN ver Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição, [51](#)
CEIS ver Complexo Econômico-Industrial da Saúde, [51](#)
CEM ver Comitê de Eventos de Massa, [51](#)
Centrais SAMU 192 ver Central de Regulação Médica de Urgências, [51](#)
Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Regionais (CNCDOs Regionais), [51](#)
Central de Rede de Frio Ampliada (CRF Ampliada), [51](#)
Central de Rede de Frio Estadual (CRF Estadual), [51](#)
Central de Rede de Frio Estruturada (CRF Estruturada), [51](#)
Central de Rede de Frio Municipal (CRF Municipal), [51](#)
Central de Rede de Frio Nova (CRF Nova), [52](#)
Central de Rede de Frio Regional (CRF Regional), [52](#)
Central de Rede de Frio (CRF), [51](#)
Central de Regulação das Urgências, [52](#)
Central de Regulação de Consultas e Exames, [52](#)
Central de Regulação de Internações Hospitalares, [52](#)
Central de Regulação Médica de Urgências, [52](#)
Central Farmacêutica, [52](#)
Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, [52](#)
Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CN-RAC), [53](#)
Central Nacional de Transplantes (CNT), [53](#)
Centro Colaborador, [53](#)
Centro Colaborador Nacional para o Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase e de Outras Dermatoses de Interesse Sanitário , [53](#)
Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV), [54](#)
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), [54](#)
Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC, [55](#)
Centro de Convivência Cultura, [55](#)
Centro de Especialidade Odontológica (CEO), [55](#)
Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIA-Tox), [55](#)
Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), [56](#)
Centro de Parto Normal (CPN), [56](#)
Centro de Reabilitação, [56](#)

- Centro de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, [56](#)
Centro de Referência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, [57](#)
Centro de Referência de Bancos de Leite Humano, [57](#)
Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, [57](#)
Centro de Referência em Assistência a Queimados, [57](#)
Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, [57](#)
Centro de Referência em Reabilitação, [57](#)
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), [58](#)
Centro de Referência em Tratamento da Dor Crônica, [58](#)
Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (CRNBLH), [58](#)
Centro de Trauma, [58](#)
Centro Especializado em Reabilitação (CER), [58](#)
Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (CI-OCS), [59](#)
Centros Colaboradores, [59](#)
Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição (CE-CAN), [59](#)
Centros de Atendimento de Urgência Tipo I, [59](#)
CEO ver Centro de Especialidade Odontológica, [59](#)
CER ver Centro Especializado em Reabilitação, [59](#)
CEREST Estadual, [59](#)
CEREST Regional, [60](#)
CEREST ver Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, [59](#)
Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS), [61](#)
Certificado Hospital Amigo do Índio, [62](#)
CGBP ver Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, [62](#)
CGI ver Comitê de Gestão de Indicadores, [62](#)
CGPNPS ver Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, [62](#)
CGSNT ver Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes, [62](#)
Chamadas Nutricionais, [62](#)
Chamamento Público [da Participação Complementar], [62](#)
CIAN ver Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição, [62](#)
CIATox ver Centro de Informação e Assistência Toxicológica, [62](#)
CIB ver Comissão Intergestores Bipartite, [62](#)
CIES ver Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, [62](#)
CIEVS ver Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, [62](#)
CIHDOTTs ver Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, [62](#)
CIINFO/MS ver Comitê de Informação e Informática em Saúde do Ministério da Saúde, [62](#)
CIOCS ver Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde, [63](#)
CIP ver Comissão Intergestores do ProgeSUS [Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS], [63](#)
CIPAN ver Comitê Encarregado da Elaboração e Condução do Componente do Setor Saúde do Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos (CIPAN), [63](#)
CIPNSP ver Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, [63](#)
Cirurgia de Grande Porte [Procedimentos Hemoterápicos], [63](#)
CISI ver Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, [63](#)
Classificação de Risco, [63](#)
Clínica Ampliada, [63](#)
CNAM ver Comitê Nacional de Aleitamento Materno, [63](#)
CNBLH ver Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano, [63](#)
CNCDOs Regionais ver Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Regionais, [63](#)
CNEPS ver Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde, [63](#)
CNES ver Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, [63](#)
CNRAC ver Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, [63](#)
CNT ver Central Nacional de Transplantes, [63](#)
COAPS ver Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, [63](#)
Codex Alimentarius, [63](#)
Colegiado de Gestão Regional, [64](#)
Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, [64](#)
Coleta de Múltiplos Componentes por Aférese, [64](#)
Comissão Corregedora Tripartite (CCT), [64](#)
Comissão de Acompanhamento, [65](#)
Comissão de Acompanhamento da Contratualização, [65](#)
Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta Para Casa (CAP), [65](#)
Comissão de Acompanhamento do Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos, [65](#)
Comissão de Acompanhamento dos Planos Operativos Anuais, [65](#)
Comissão de Assessoramento Técnico à Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (CAT-Doença Falciforme), [66](#)

- Comissão de Assessoramento Técnico à Qualificação Nacional da Hemorrede Pública (CATQNHP), [66](#)
- Comissão de Assessoramento Técnico ao Diagnóstico Laboratorial em Hemostasia (CAT-Hemostasia), [66](#)
- Comissão de Assessoramento Técnico às Coagulopatias, outras Doenças Hemorrágicas Hereditárias e Plaquetopatias (CAT-Coagulopatias), [67](#)
- Comissão de Assessoramento Técnico às Talassemias (CAT-Talassemias), [67](#)
- Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão Ambiental (CAT-Gestão Ambiental), [67](#)
- Comissão de Assessoramento Técnico em Gestão de Equipamentos (CAT-Gestão de Equipamentos), [67](#)
- Comissão de Assessoramento Técnico em Sangue Raro (CAT-Sangue Raro), [68](#)
- Comissão de Assessoramento Técnico para a Promoção da Doação Voluntária de Sangue (CAT-PDVS), [68](#)
- Comissão de Bancos de Leite Humano, [68](#)
- Comissão de Biossegurança em Saúde [do Ministério da Saúde] (CBS), [68](#)
- Comissão de Monitoramento e Avaliação do Conjunto de Ações que Compõem o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), [69](#)
- Comissão Estadual de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” (CAP-SES), [69](#)
- Comissão Estadual de Bancos de Leite Humano , [69](#)
- Comissão Gestora do Plano Setorial da Saúde de Mitigação e de Adaptação às Mudanças Climáticas, [69](#)
- Comissão Intergestores, [69](#)
- Comissão Intergestores Bipartite (CIB), [70](#)
- Comissão Intergestores do ProgeSUS [Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS] (CIP), [70](#)
- Comissão Interinstitucional para a Prevenção e o Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo, [70](#)
- Comissão Interinstitucional para Implementação, Acompanhamento e Monitoramento das Ações de Fortificação de Farinhas de Trigo, de Milho e de seus Subprodutos, [71](#)
- Comissão Interinstitucional [da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde], [70](#)
- Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), [71](#)
- Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), [71](#)
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTTs), [71](#)
- Comissão Nacional com a Finalidade de Avaliar e Definir Diretrizes Políticas para a Promoção da Saúde, Prevenção e Controle das Doenças e Agravos Não Transmissíveis, [72](#)
- Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, [72](#)
- Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH), [73](#)
- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS), [73](#)
- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) (CONITEC), [73](#)
- Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, [75](#)
- Comissão Nacional de Mortalidade Materna, [75](#)
- Comissão Permanente de Baixa e Descarte de Medicamentos, Insumos de Saúde e Materiais Irrecuperáveis (CPBD), [75](#)
- Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CI-ES), [75](#)
- Comissão Permanente de Telessaúde, [76](#)
- Comissão Técnica de Avaliação, [76](#)
- Comitê Assessor do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, [77](#)
- Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, [77](#)
- Comitê Consultivo do DCEBAS, [77](#)
- Comitê Consultivo Permanente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CCP/CNES) (CCP/CNES), [77](#)
- Comitê de Avaliação, [77](#)
- Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio, [77](#)
- Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, [78](#)
- Comitê de Especialistas em Saúde Prisional, [78](#)
- Comitê de Especialistas para o Fortalecimento das Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama, [78](#)
- Comitê de Eventos de Massa (CEM), [78](#)
- Comitê de Farmácia e Terapêutica no âmbito da Secretaria Especial de Saúde Indígena, [78](#)
- Comitê de Gestão de Indicadores (CGI), [79](#)
- Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), [79](#)
- Comitê de Informação e Informática em Saúde do Ministério da Saúde (CIINFO/MS), [79](#)
- Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicosocial, [80](#)
- Comitê de Mobilização Social para o Fortalecimento das Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama, [80](#)
- Comitê Deliberativo para Análise e Avaliação de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo, [79](#)
- Comitê Diretor Interinstitucional, [80](#)
- Comitê Encarregado da Elaboração e Condução do Componente do Setor Saúde do Plano de Ação Nacional de

Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos (CIPAN) (CIPAN), 80	Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, 86
Comitê Estratégico para o Aperfeiçoamento da Qualidade da Formação de Profissionais de Saúde e de Estudos de Necessidade de Profissionais de Saúde e de Especialistas, 81	Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo, 86
Comitê Estratégico para o Programa de Desenvolvimento de Equipes de Captação de Órgãos e Transplantes, 81	Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde [do Ministério da Saúde], 87
Comitê Executivo, 81	Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), 87
Comitê Executivo do Plano Setorial da Saúde de Mitigação e de Adaptação às Mudanças Climáticas, 81	Comitê Nacional de Mobilização contra a Dengue, 88
Comitê Executivo do Prêmio Sérgio Arouca, 81	Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, 88
Comitê Gestor da Atenção Hospitalar, 82	Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde, 88
Comitê Gestor da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), 82	Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho, 88
Comitê Gestor da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, 82	Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, 89
Comitê Gestor da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia (REMATO), 83	Comitê Técnico Assessor para Acompanhamento da Política de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama, 90
Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS), 83	Comitê Técnico Assessor para Uso Racional de Antimicrobiano e Resistência Microbiana (Curarem), 90
Comitê Gestor da Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos, 83	Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), 90
Comitê Gestor da Rede de Atenção às Urgências, 83	Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, 90
Comitê Gestor da Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde, 84	Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, 90
Comitê Gestor da Rede Nacional de Pesquisa Clínica, 84	Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), 90
Comitê Gestor da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer, 84	Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT), 91
Comitê Gestor da Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares, 84	Comitê Técnico LGBT ver Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, 91
Comitê Gestor da Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde, 85	Comitê Técnico para Contenção de Poliovírus em Laboratórios Brasileiros, 91
Comitê Gestor da Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC), 84	Comitê Técnico-Consultivo [Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis], 90
Comitê Gestor da Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDM), 84	Comitê Temático Interdisciplinar (CTI), 91
Comitê Gestor da Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC), 85	Comitê Transfusional, 91
Comitê Gestor das Vacinas Pentavalente e Heptavalente, 85	Comitês Distritais de Farmácia e Terapêutica, 89
Comitê Gestor de Implementação, Monitoramento e Avaliação de Projetos de Informação em Saúde [do Ministério da Saúde], 85	Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), 91
Comitê Gestor do Inquérito Nacional de Saúde, 85	Complexo Regulador, 91
Comitê Gestor do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), 86	Complexo Regulador Estadual, 92
Comitê Gestor do Pronon e do Pronas/PCD, 86	Complexo Regulador Municipal, 92
Comitê Gestor Estadual [Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes], 86	Complexo Regulador Regional, 92
Comitê Nacional de Aleitamento Materno (CNAM), 86	

- Componente Ampliação, [92](#)
Componente Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais, [92](#)
Componente da Vigilância Sanitária, [92](#)
Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, [92](#)
Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, [93](#)
Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal [Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento], [93](#)
Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal [Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento], [93](#)
Componente III - Nova Sistêmática de Pagamento à Assistência ao Parto [Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento], [93](#)
Componente Tecnológico Crítico, [93](#)
Componentes Sanguíneos Irradiados, [93](#)
Compras Governamentais em Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde, [94](#)
Comprovação da Vacinação com BCG, [94](#)
Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT), [94](#)
Comunicação do risco, [94](#)
Comunicação Social e Mídia, [94](#)
Comunicante [Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Medidas de Controle], [94](#)
Comunidades Terapêuticas, [94](#)
Conasems ver Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, [94](#)
Conass ver Conselho Nacional de Secretários de Saúde, [94](#)
Concentrado de Plaquetas ver Pool de Concentrados de Plaquetas Obtidos de Sangue Total, [94](#)
Concessão, Manutenção e Adaptação de OPM em Estabelecimento de Saúde, [94](#)
Conclusão da Segunda Etapa do Projeto Telessaúde Brasil (Telessaúde Brasil 2. etapa), [95](#)
Condição Crônica, [95](#)
Condução Locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, [95](#)
Conduta Típica, [95](#)
CONEP/CNS ver Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, [95](#)
Confecção de Órteses e Próteses Dentárias, [95](#)
Conferência de Saúde, [95](#)
CONITEC ver Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), [96](#)
Conjunto de Ações e Medidas Coordenadas para a Eliminação da Hanseníase, [96](#)
Conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas, [96](#)
Conselho Consultivo do Projeto EVIPNet Brasil, [96](#)
Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde, [96](#)
Conselho de Saúde, [97](#)
Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), [97](#)
Conselho Distrital de Saúde Indígena, [97](#)
Conselho Estadual de Saúde, [97](#)
Conselho Gestor, [97](#)
Conselho Gestor do Programa Farmácia Popular do Brasil, [98](#)
Conselho Local de Saúde, [98](#)
Conselho Local de Saúde Indígena, [98](#)
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), [98](#)
Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), [99](#)
Consórcio Público de Saúde, [99](#)
Constelação Familiar, [99](#)
Construção Compartilhada de Conhecimento, [99](#)
Consulta Ambulatorial em Estabelecimento de Saúde, [100](#)
Conta Captação, [100](#)
Conta Movimento, [100](#)
Contato Pele-a-Pele, [100](#)
Contratação [da Participação Complementar], [100](#)
Contrato, [100](#)
Contrato Administrativo, [101](#)
Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS), [101](#)
Contratualização, [101](#)
Contratualização dos Pontos de Atenção, [102](#)
Controle da Qualidade da Água para Consumo Humano, [102](#)
Controle de Infecção de Projeto Arquitetônico, [102](#)
Controle de Qualidade do Exame Citopatológico Cervico Vaginal, [103](#)
Controle de Qualidade em Banco de Tecido Ocular, [103](#)
Controle de Qualidade Externo, [103](#)
Controle de Qualidade Interno (CQI), [103](#)
Controle do Processo da Triagem NAT, [103](#)
Controle do Processo da Triagem Sorológica, [103](#)
Controle do Tratamento [Leishmaniose Tegumentar Americana], [103](#)
Controle Social, [103](#)
Controle [Leishmaniose Tegumentar Americana], [102](#)
Convênio, [103](#)
Cooperação Técnica e Econômica em Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde, [104](#)
Coordenação, [104](#)
Coordenação das Ações de Saúde, [104](#)
Coordenação do Cuidado, [104](#)

- Coordenação Estadual do Telessaúde Brasil Redes, 104
Coordenação Nacional do Telessaúde Brasil Redes, 104
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT), 104
Coordenador do Serviço, 105
Corresponabilidade, 105
Cosems ver Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, 105
CPBD ver Comissão Permanente de Baixa e Descarte de Medicamentos, Insumos de Saúde e Materiais Irrecuperáveis, 105
CPN ver Centro de Parto Normal, 105
CQI ver Controle de Qualidade Interno, 105
Credenciamento [da Participação Complementar], 105
Credenciar, 105
Crenoterapia , 105
CRF Ampliada ver Central de Rede de Frio Ampliada, 105
CRF Estadual ver Central de Rede de Frio Estadual, 105
CRF Estruturada ver Central de Rede de Frio Estruturada, 105
CRF Municipal ver Central de Rede de Frio Municipal, 105
CRF Nova ver Central de Rede de Frio Nova, 106
CRF Regional ver Central de Rede de Frio Regional, 106
CRF ver Central de Rede de Frio, 105
CRIOP ver Crioprecipitado, 106
Crioprecipitado (CRIOP), 106
Criopreservação em Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, 106
Critério de Exclusão da Doação para Utilização Terapêutica em Banco de Tecido Ocular, 106
Critério de Exclusão [Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Medidas de Controle], 106
Critério de Urgência [do Sistema Nacional de Transplantes], 106
Critério Epidemiológico (Evento-sentinela) , 107
Critérios de Rejeição da Amostra, 107
Critérios de Retorno de Trabalhadores Afastados do Trabalho por Agravos à Saúde Decorrentes da Exposição ao Benzeno, 107
Critérios de Seleção para Transplante de Pâncreas Isolado de Doador Falecido ou Pâncreas de Doador Falecido Combinado com Rim de Doador Vivo, 107
Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde, 107
Critérios para a Aprovação em Controle de Qualidade de Reagentes de Teste de Detecção de Ácido Nucleico (NAT) para HIV, HCV e HBV, 108
Critérios para Inclusão dos Pacientes no Automonitoreamento da Glicemia Capilar, 108
CRNBLH ver Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano, 108
Cromoterapia, 108
Cronograma de Desembolso em Modelo para Apresentação de Projetos Referentes ao PROADI-SUS, 109
CRTS ver Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, 109
CT/BPS ver Câmara Técnica Consultiva do Banco de Preços em Saúde [do Ministério da Saúde], 109
CTI ver Comitê Temático Interdisciplinar, 109
CTN ver Câmara Técnica Nacional do Sistema Nacional de Transplantes, 109
CTSPN ver Comitê Técnico de Saúde da População Negra, 109
CTU ver Cadastro Técnico Único, 109
Cuidado à Pessoa Tabagista, 109
Cuidado Amigo da Mulher, 109
Cuidado ao Paciente, 109
Cuidado Centrado na Pessoa, 110
Cuidado Prolongado, 110
Cuidado Relativo à Alimentação e Nutrição, 111
Cuidador, 111
Cultura de Segurança, 111
Cupom Vinculado [Programa Farmácia Popular do Brasil], 111
Curarem ver Comitê Técnico Assessor para Uso Racional de Antimicrobiano e Resistência Microbiana, 111
Custeo, 111
Custo Operacional, 111

D

- DAET/SAS ver Departamento de Atenção Especializada e Temática, 112
DAF/SCTIE/MS ver Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 112
DAI/SE ver Departamento de Articulação Interfederativa, da Secretaria-Executiva, 112
Dança Circular, 112
DCB ver Denominação Comum Brasileira [Programa Farmácia Popular do Brasil], 112
Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal, 112
Declaração de Óbito (DO), 112
Deficiência, 115
Deficiência Auditiva, 115
Deficiência Mental, 115
Deficiência Motora, 115
Deficiência Múltipla, 115
Deficiência Visual, 115
Deficit Neurológico, 116
DENASUS ver Departamento Nacional de Auditoria, 116
Denominação Comum Brasileira [Programa Farmácia Popular do Brasil] (DCB), 116

- Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde, [116](#)
Departamento de Articulação Interfederativa, da Secretaria-Executiva (DAI/SE), [116](#)
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS), [116](#)
Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS), [116](#)
Departamento de Logística em Saúde (DLOG/SE/MS), [116](#)
Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, [116](#)
Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (DESAI), [117](#)
Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST/SVS/MS), [117](#)
Departamento Nacional de Auditoria (DENASUS), [117](#)
Dependência, [117](#)
Depósito de Equipamentos e Materiais, [117](#)
Depósito de Material de Limpeza (DML), [117](#)
DESAI ver Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde, [117](#)
Descarte de Resíduo em Banco de Tecido Ocular, [118](#)
Descarte de Resíduos em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, [118](#)
Descentralização, [118](#)
Descredenciamento [da Participação Complementar], [118](#)
Descrição da Situação Geradora do Acidente ou Doença do Trabalho, [118](#)
Desenho Regional, [118](#)
Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde, [118](#)
Desenvolvimento Sustentável, [119](#)
Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, [119](#)
Destaque na Promoção da Doação de Órgãos e Tecidos no Brasil, [119](#)
Detalhamento da Forma de Contratação, [119](#)
Determinantes Sociais da Saúde (DSS), [120](#)
Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, [120](#)
DGMP ver Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento do Sistema Único de Saúde, [120](#)
Diabetes Mellitus, [120](#)
Diagnóstico Clínico [Leishmaniose Tegumentar Americana], [120](#)
Diagnóstico de Toxicidade pelo Benzeno, [120](#)
Diagnóstico do Pênfigo Foliáceo Endêmico, [120](#)
Diagnóstico Epidemiológico [Leishmaniose Tegumentar Americana], [121](#)
Diagnóstico Etiológico, [121](#)
Diagnóstico Funcional, [121](#)
Diagnóstico Imunológico [Leishmaniose Tegumentar Americana], [121](#)
Diagnóstico Laboratorial [Leishmaniose Tegumentar Americana], [121](#)
Diagnóstico Nutricional, [121](#)
Diagnóstico Parasitológico [Leishmaniose Tegumentar Americana], [121](#)
Diagnóstico Sindrômico, [121](#)
Diagnóstico [Leishmaniose Tegumentar Americana], [120](#)
Direção Estadual do Sistema Único de Saúde , [122](#)
Direção Nacional do Sistema Único de Saúde , [122](#)
Direito à Saúde, [123](#)
Direito Humano à Alimentação Adequada, [123](#)
Direito Universal e Integral à Saúde, [124](#)
Direitos Reprodutivos, [123](#)
Direitos Sexuais, [123](#)
Diretriz Terapêutica, [130](#)
Diretrizes Clínicas, [124](#)
Diretrizes da Assistência Farmacêutica no SASISUS, [124](#)
Diretrizes do Eixo I do Plano Diretor de Vigilância Sanitária, [124](#)
Diretrizes do Eixo II do Plano Diretor de Vigilância Sanitária, [125](#)
Diretrizes do Eixo III do Plano Diretor de Vigilância Sanitária, [125](#)
Diretrizes do Eixo IV do Plano Diretor de Vigilância Sanitária, [126](#)
Diretrizes do Eixo V do Plano Diretor de Vigilância Sanitária, [127](#)
Diretrizes e Estratégias para Implementação da RAS, [127](#)
Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais, [127](#)
Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva, [128](#)
Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa, [128](#)
Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, [128](#)
Diretrizes Operacionais, [128](#)
Diretrizes para o Cuidado às Pessoas Tabagistas, [128](#)
Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, [129](#)
Diretrizes Relacionadas à Estratégia de e-Saúde para o Brasil, [129](#)
Diretrizes Relacionadas à Formação Permanente de Pessoal na Área de Informação e Informática em Saúde, [129](#)
Diretrizes Relacionadas à Gestão da PNIIS, [129](#)
Diretrizes Relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov), [130](#)
Dispensação, [130](#)
Disponibilidade, [130](#)
Disponibilidade de Recursos, [130](#)
Disponibilização do Tecido em em Banco de Tecido Cardiovascular, [131](#)

- Disponibilização do Tecido Ocular em Banco de Tecido Ocular, 131
- Disponibilização dos Tecidos Músculoesqueléticos em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, 130
- Distribuição e Dispensação, 131
- Distrito Sanitário Especial Indígena, 131
- DLOG/SE/MS ver Departamento de Logística em Saúde, 132
- DML ver Depósito de Material de Limpeza, 132
- DO ver Declaração de Óbito, 132
- Doação Autóloga [Procedimentos Hemoterápicos], 132
- Doação de Reposição [Procedimentos Hemoterápicos], 132
- Doação de Sangue, 132
- Doação Espontânea [Procedimentos Hemoterápicos], 133
- Doação [Pronon e Pronas/PCD], 132
- Doador, 133
- Doador (Órgãos e Tecidos) ver Potencial Doador, 133
- Doador Apto [Procedimentos Hemoterápicos], 133
- Doador Associado com TRALI [Procedimentos Hemoterápicos], 133
- Doador de Primeira Vez [Procedimentos Hemoterápicos], 133
- Doador de Repetição [Procedimentos Hemoterápicos], 133
- Doador Esporádico [Procedimentos Hemoterápicos], 133
- Doador Implicado em TRALI [Procedimentos Hemoterápicos], 133
- Doador Inapto Definitivo [Procedimentos Hemoterápicos], 134
- Doador Inapto por Tempo Indeterminado [Procedimentos Hemoterápicos], 134
- Doador Inapto Temporário [Procedimentos Hemoterápicos], 134
- Doador Potencial ver Potencial Doador, 134
- Doadores com Critérios Expandidos de Rim, 133
- Documento Descritivo, 134
- Documento Eletrônico, 134
- Documento Fiscal [Programa Farmácia Popular do Brasil], 134
- Documento Oficial com Fotografia [Procedimentos Hemoterápicos], 134
- Doença, 135
- Doença Celíaca, 135
- Doença Crônica, 135
- Doença Crônica Degenerativa, 135
- Doença do Trabalho [Agravos a Saúde Relacionados ao Trabalho], 135
- Doença Prevalente, 135
- Doença Profissional [Agravos a Saúde Relacionados ao Trabalho], 135
- Doença Rara, 135
- DSAST/SVS/MS ver Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, 135
- DSS ver Determinantes Sociais da Saúde, 135
- ## E
- e-Gov ver Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov), 138
- EAAB ver Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, 135
- eAB ver Equipe de Atenção Básica, 135
- EABF ic ver Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família com Informatização e Conectividade, 136
- eABP ver Equipe de Atenção Básica Prisional, 136
- EACS ver Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, 136
- EAP ver Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, 136
- Educação e Formação, 136
- Educação na Saúde, 136
- Educação Permanente, 136
- Educação Popular em Saúde, 137
- Educação Profissional [Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS)], 137
- Efeitos Agudos [Trabalhadores Expostos ao Benzeno], 137
- Efeitos Crônicos: Principais Agravos À Saúde [Trabalhadores Expostos ao Benzeno], 137
- Eficácia do Medicamento, 138
- Egresso de Internação Psiquiátrica, 138
- Eixo Cuidado [Programa QUALIFAR-SUS], 138
- Eixo do Sistema de Informação, 138
- Eixo Educação [Programa QUALIFAR-SUS], 138
- Eixo Estratégico da Formação, Comunicação e Produção do Conhecimento, 138
- Eixo Estratégico da Intersetorialidade e Diálogos Multiculturais, 138
- Eixo Estratégico de Participação, Controle Social e Gestão Participativa, 138
- Eixo Estratégico do Cuidado em Saúde, 138
- Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB, 139
- Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-CEO, 139
- Eixo Estrutura [Programa QUALIFAR-SUS], 139
- Eixo Informação [Programa QUALIFAR-SUS], 139
- Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena, 139
- EM ver Evento de Massa, 140
- Emancipação, 140
- Embalagem Pós-Captação em Banco de Tecido Cardiovascular, 140
- Embalagem Pós-Retrada em Banco de Pele, 140

- Embalagem Pós-Retirada em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, 140
- Emergência em Saúde Pública, 140
- Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) (ESPIN), 140
- Empoderamento, 141
- Encaminhamento Responsável na Gestação de Alto Risco, 141
- Enfermaria, 141
- Enfrentamento do Uso Abusivo de Álcool e Outras Drogas, 141
- Enfrentamento do Uso do Tabaco e de Seus Derivados, 141
- Ensaio Clínico ver Pesquisa Clínica, 142
- Ensaios Enzimáticos em Eritrócitos para Diagnóstico de Erros Inatos do Metabolismo, 142
- Ensaios Enzimáticos em Tecido Cultivado para Diagnóstico de Erros Inatos do Metabolismo, 142
- Ensaios Enzimáticos no Plasma e Leucócitos para Diagnóstico de Erros Inatos do Metabolismo, 142
- Entidade Privada, 142
- Entidades, 142
- Entidades Prestadoras de Serviço de Atenção em Regime Residencial, 142
- Entrega/Dispensação de Medicamentos em Estabelecimento de Saúde, 143
- Envelhecimento, 143
- Envelhecimento Ativo, 143
- Envelhecimento Bem Sucedido, 143
- Envelhecimento Populacional, 143
- Epizootia, 143
- Equidade, 143
- Equipamento Crítico [Procedimentos Hemoterápicos], 143
- Equipe Básica de Reabilitação, 143
- Equipe Complementar (Apoio Multiprofissional), 144
- Equipe de Aeromédico, 144
- Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, 144
- Equipe de Apoio Matricial, 144
- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP), 144
- Equipe de Atenção Básica (eAB), 144
- Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), 145
- Equipe de Consultório na Rua, 145
- Equipe de Desinstitucionalização, 145
- Equipe de Embarcação, 146
- Equipe de Referência, 146
- Equipe de Saúde, 146
- Equipe de Saúde Bucal (eSB), 146
- Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF), 147
- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), 147
- Equipe de Saúde da Família (eSF), 147
- Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, 147
- Equipe Mínima, 148
- Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, 148
- Equipe participante ativa ou médico participante ativo, 148
- Equipe participante ou médico participante, 148
- Equipe Técnica de Atividade Interna em Banco de Pele, 148
- Equipe Técnica de Atividade Interna em Banco de Tecido Cardiovascular, 148
- Equipe Técnica de Atividade Interna em Banco de Tecido Ocular, 149
- Equipe Técnica de Captação em Banco de Tecido Cardiovascular, 149
- Equipe Técnica de Captação em Banco de Tecido Ocular, 149
- Equipe Técnica de Retirada em Banco de Pele, 149
- Equipe Técnica de Retirada em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, 150
- Equipe Técnica do CAPS, 150
- Equipe Técnica em Banco de Pele, 150
- Equipe Técnica em Banco de Tecido Ocular, 150
- Equipe Técnica em Bancos de Tecidos Cardiovasculares, 150
- Equipe Técnica em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos (BTME), 150
- Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família com Informatização e Conectividade (EABF ic), 148
- Equivaleência In Vitro, 150
- Erro Inato do Metabolismo, 150
- eSB ver Equipe de Saúde Bucal, 151
- Esclarecimento da Causa Mortis de Óbitos em Estabelecimento de Saúde, 151
- eSF ver Equipe de Saúde da Família, 151
- eSFF ver Equipe de Saúde da Família Fluvial, 151
- eSFR ver Equipe de Saúde da Família Ribeirinha, 151
- ESP ver Evento de Saúde Pública, 151
- Espaço Regional, 151
- ESPIN ver Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), 151
- Estabelecimento com Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, 151
- Estabelecimento de Saúde, 151
- Estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade Ambulatorial, 152
- Estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade Hospitalar, 152

- Estabelecimentos de Saúde Habilitados em Apenas um Serviço de Reabilitação, [152](#)
Estágio 1 (Sistema de Gestão de Qualidade), [152](#)
Estágio 2 (Sistema de Gestão de Qualidade), [153](#)
Estágio 3 (Sistema de Gestão de Qualidade), [154](#)
Estágio 4 (Sistema de Gestão de Qualidade), [154](#)
Esterilização Complementar em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, [154](#)
Estratégia AIDIPI Neonatal [Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância] (AIDIPI Neonatal), [155](#)
Estratégia AIDPI Comunitário Materno Infantil [Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância], [155](#)
Estratégia AIDPI Criança [Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância], [155](#)
Estratégia AIDPI ver Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, [155](#)
Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), [155](#)
Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Estratégia AIDPI), [155](#)
Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, [156](#)
Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), [156](#)
Estratégia de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial, [156](#)
Estratégia de e-Saúde para o Brasil, [156](#)
Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde, [156](#)
Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros Dispositivos Comunitários da Rede Pública de Saúde Mental, [157](#)
Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil ver Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), [157](#)
Estratificação de Risco, [157](#)
Estrutura Assistencial, [157](#)
Estruturação de Serviços e Organização de Ações de Assistência Farmacêutica, [158](#)
Estudo de Avaliação e Incorporação de Tecnologia, [158](#)
Estudo Epidemiológico Observacional ver Pesquisa Epidemiológica, [158](#)
Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM), [158](#)
Ética, [158](#)
EUM ver Estudos de Utilização de Medicamentos, [158](#)
Euritmia, [158](#)
Evento Adverso, [158](#)
Evento de Investigação Obrigatória por Profissionais da Saúde, [158](#)
Evento de Massa (EM), [158](#)
Evento de Saúde Pública (ESP), [159](#)
Eventos de Grande Porte ver Evento de Massa (EM), [159](#)
Eventos Especiais ver Evento de Massa (EM), [159](#)
Exame de Cariótipo, [159](#)
Exame do Citopatológico Cervico Vaginal/Microflora, [159](#)
Exame do Citopatológico Cervico Vaginal/Microflora - Rastreamento, [159](#)
Exame Sorológico Obrigatório em Banco de Tecido Ocular, [160](#)
Exames Comuns para Inscrição de Receptor de Qualquer Órgão, [159](#)
Exames Específicos para Inscrição de Receptor em Lista de Coração, [159](#)
Exames Específicos para Inscrição de Receptor em Lista de Fígado, [159](#)
Exames Específicos para Inscrição de Receptor em Lista de Pâncreas, [160](#)
Exames Específicos para Inscrição de Receptor em Lista de Pulmão, [160](#)
Exames Específicos para Inscrição de Receptor em Lista de Rim, [160](#)
Exercício Fiscal, [160](#)
Expectativa de Vida ao Nascer, [160](#)
Exposição Ocupacional [Trabalhadores Expostos ao Benzeno], [160](#)
Extrativismo, [160](#)

F

- Facilitador [Estratégia AIDPI] ver Multiplicador/Facilitador [Estratégia AIDPI], [161](#)
Farmácia Hospitalar, [161](#)
Farmácia Magistral, [161](#)
Farmácia Viva, [161](#)
Fármaco, [161](#)
Farmacoepidemiologia, [161](#)
Farmacopéia Brasileira, [161](#)
Farmacoterapia, [161](#)
Farmacovigilância, [161](#)
Farmoquímico, [161](#)
Fase 1 do PMAQ-AB, [161](#)
Fase 1 do PMAQ-CEO, [162](#)
Fase 2 do PMAQ-AB, [162](#)
Fase 2 do PMAQ-CEO, [162](#)
Fase 3 do PMAQ-AB, [162](#)
Fase 3 do PMAQ-CEO, [162](#)
Fase de Apresentação de Projeto, [162](#)
Fase de Credenciamento, [162](#)
Fator de Risco, [162](#)
Fator Perinatal, [163](#)
Fator Pós-natal, [163](#)

Ferramenta de Gestão da Clínica, 163	Genética Clínica, 169
Ferramenta de Microgestão, 163	Geoterapia, 169
Ferramentas de Regulação, 163	Gerência, 169
Fiscalização [da Participação Complementar], 163	Gerência Administrativa do Programa Farmácia Popular do Brasil, 170
FISH em Metáfase ou Núcleo Interfásico, por Doença, 163	Gerência Técnica do Programa Farmácia Popular do Brasil, 170
Fitoterapia, 164	Gerenciamento de Leitos, 170
Florestanía, 164	Gerenciamento de Risco, 170
Fluoretação, 164	Gerenciamento de Tecnologias, 170
FN-SUS ver Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), 164	Gerente de Atenção Básica, 170
Focalização Isoelétrica da Transferrina, 164	Gestaão de Baixo Risco, 171
Fomento ao Desenvolvimento Tecnológico, Produção e Inovação (em parceria com o BNDES e FINEP) em Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde, 164	Gestaão, Parto e Nascimento, 171
Fontes de Comprovação em Modelo para Apresentação de Projetos Referentes ao PROADI-SUS, 165	Gestaão, Parto e Puerpério de Risco, 171
Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) (FN-SUS), 165	Gestão, 171
Forma de Comercialização, 165	Gestão Colegiada, 174
Forma de Contratação com o Empregador, 165	Gestão da Atenção Hospitalar, 174
Forma de Contratação com o Estabelecimento ou sua Mantenedora, 165	Gestão da Clínica, 174
Formação dos Trabalhadores de Nível Técnico ver Formação Técnica dos Trabalhadores de Nível Médio, 165	Gestão da Política de Saúde, 174
Formação e Educação Permanente, 165	Gestão da Saúde em Estabelecimento de Saúde, 174
Formação Profissional, 165	Gestão de Caso, 174
Formação Técnica dos Trabalhadores de Nível Médio, 165	Gestão de Risco, 174
Formas de Contratação dos Profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 165	Gestão de Tecnologias em Saúde, 175
Formulação Farmacêutica, 167	Gestão do Trabalho, 175
Formulário Terapêutico Nacional (FTN), 167	Gestão dos Riscos Coletivos e Ambientais, 175
Fornecedor [Procedimentos Hemoterápicos], 167	Gestão Estadual de Saúde, 175
Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, 167	Gestão Estratégica, 176
Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude, 168	Gestão Estratégica e Participativa, 176
FTN ver Formulário Terapêutico Nacional, 168	Gestão Municipal de Saúde, 176
FUNAI ver Fundação Nacional do Índio, 168	Gestão Participativa, 177
Funcionalidade Restrita, 168	Gestor, 177
Fundação Nacional do Índio (FUNAI), 168	Gestor Distrital, 177
Fundo de Saúde, 169	Gestor Estadual, 178
G	Gestor Estadual de Redes, 180
GAE ver Grupo de Assessoramento Estratégico, 169	Gestor Federal, 180
Garantia da Qualidade, 169	Gestor Municipal, 181
GAT ver Grupo de Assessoramento Técnico, 169	Gestor Municipal de Redes, 183
Gays ver Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), 169	Gestor Municipal de Saúde [Programa Nacional Telessaúde de Brasil Redes], 183
	Gestor Nacional de Redes, 183
	Governança, 183
	Grades de Atenção, 183
	Grades de Referência, 183
	Grandes Eventos ver Evento de Massa (EM), 183
	Grupo da Terra, 183
	Grupo de Assessoramento Estratégico (GAE), 184
	Grupo de Assessoramento Técnico (GAT), 184
	Grupo de Trabalho de Saúde Indígena, 184
	Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), 184
	Grupo de Trabalho para Mapeamento, Avaliação e Monitoramento dos Dados Judiciários e Propositora de Atua-

ções Estratégicas em Face da Judicialização no Âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, 184
Grupo em Risco [Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas Medidas de Controle], 185
Grupo Executivo do Programa Nacional de Controle da Dengue, 185
Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental, 185
Grupos em Risco em Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, 185
GTI ver Grupo de Trabalho Intersetorial, 185
Guia de Boas Práticas na Especialidade de Tráumato-Ortopedia, 185
Guia Terapêutico Padronizado, 185

H

Habilitação, 185
Habilitação do Estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade Ambulatorial, 186
Habilitação em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade Hospitalar, 186
Habilitação ou Credenciamento de Estabelecimento de Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), 186
Habilitação pelo SUS de Bancos de Tecidos Humanos (Exceto BSCUP), 186
HCP ver Hospital Especializado em Cuidados Prolongados, 187
Hemácia Rejuvenescida, 187
Hemiplégico, 187
Hemoderivado, 187
Hemoglobinopatia, 187
Hemograma e Detecção da Toxicidade do Benzeno, 187
Hipertireoidismo Congênito, 187
Hipnoterapia, 187
Hipoxemia, 187
História Social e Clínica do Doador em Banco de Tecido Ocular, 187
História Social e Clínica do Doador em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, 188
Homeopatia, 188
Homologação, 188
Horizontalização do Cuidado, 188
HÓRUS ver Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, 188
Hospitais Tipo I, 188
Hospitais Tipo II, 188
Hospitais Tipo III, 188
Hospital , 189
Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP), 189

Hospital Especializado Tipo I, 189
Hospital Especializado Tipo II, 189
Hospital Geral, 189
Hospital Psiquiátrico, 190
Hospital-Dia, 189
Hospitalidade em Estabelecimento de Saúde, 190
Humanização, 190
Humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal, 190

I

IAE-PI ver Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas, 190
Identificação da Proposta, 190
Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH, 190
Identificação de Glicídios Urinários por Cromatografia (Camada Delgada), 191
Identificação de Glicosaminoglicanos Urinários por Cromatografia em Camada Delgada, Eletroforese e Dosagem Quantitativa, 191
Identificação de Mutação por Sequenciamento por Amplícon até 500 Pares de Bases, 191
Identificação de Mutação/Rearranjos por PCR, PCR Sensível a Metilação, qPCR e qPCR Sensível à Metilação, 191
Identificação de Oligossacarídeos e Sialossacarídeos por Cromatografia (Camada Delgada), 191
Identificação do Empregador na Autorização de Internação Hospitalar, 191
Identificação do Trabalhador na Autorização de Internação Hospitalar, 191
Idoso com Potencial para Desenvolver Fragilidade, 191
Idoso em Situação de Fragilidade ver Idoso Frágil, 192
Idoso Frágil, 192
Idoso Independente, 192
IFA ver Insumo Farmacêutico Ativo, 192
IFTDO ver Incremento Financeiro para a Realização de Procedimentos de Transplantes e o Processo de Doação de Órgãos, 192
IGH ver Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar, 192
IHAC ver Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), 192
Imaginologia, 192
Imposição de Mão, 192
Impropriedades na Gestão do SUS, 192
Imunização em Estabelecimento de Saúde, 193
Inabilitação [da Participação Complementar], 193
Incapacidade Funcional, 193
Incentivo, 193
Incentivo à Implantação e/ou Qualificação de Políticas Específicas, 193

- Incentivo à Participação Popular e ao Fortalecimento do Controle Social, 193
Incentivo de Integração do SUS (INTEGRASUS), 194
Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), 194
Incentivo Financeiro, 194
Incentivo financeiro de custeio mensal das equipes de Atenção Básica (eAB), 194
Incentivo financeiro de custeio para as ações e serviços de saúde da PNAISP , 194
Incentivo Financeiro para Apoiar o Desenvolvimento de Soluções Informatizadas que se Integrem ao Sistema Cartão, 194
Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), 194
Incidente, 195
Inclusão Social, 195
Incremento Financeiro para a Realização de Procedimentos de Transplantes e o Processo de Doação de Órgãos (IFT-DO), 195
Indicador Demográfico, 195
Indicador Objetivamente Comprovável em Modelo para Apresentação de Projetos Referentes ao PROADI-SUS, 196
Indicadores de Atenção, 195
Indicadores de Gestão, 196
Indicadores de Mortalidade e Morbidade, 196
Indicadores de Qualidade, 196
Indicadores do SAMU 192, 196
Índice de Apgar, 196
Indivíduo com Indicação para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade, 196
Informação e Informática em Saúde, 197
Informação sobre Medicamento, 197
Informação Tóxico-farmacológica, 197
Informação, Educação e Aconselhamento, 197
Informações de Mercado, 197
Informações Mínimas do Prontuário, 197
Informações sobre a Regularidade Sanitária, 197
Informações sobre a Tecnologia em Saúde, 197
Informatiza APS ver Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde, 197
Informatização, 198
Informatizar a Unidade Básica de Saúde, 198
Infraestrutura Física e Tecnológica, 198
Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (IHAC), 198
INOVACINA ver Programa Nacional de Competitividade em Vacinas, 199
Inspeção no Recebimento dos "Kits"/Equipamentos/"Software" em Controle de Qualidade de Reagentes de Teste de Detecção de Ácido Nucleico (NAT) para HIV, HCV e HBV, 199
Instalação Essencial para Poliovírus, 199
Instituição de Assistência à Saúde [Procedimentos Hemoterápicos] ver Serviço de Saúde [Procedimentos Hemoterápicos], 199
Instituição de Prevenção e Combate ao Câncer, 199
Instituição de Promoção à Saúde e de Reabilitação/Habilitação da Pessoa com Deficiência, 199
Instituição Governamental, 200
Instituição Não Governamental, 200
Instituição Pública, 200
Instituições Executoras dos Processos de Formação dos Profissionais de Nível Técnico, 200
Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, 200
Insumo Crítico [Procedimentos Hemoterápicos] ver Material ou Insumo Crítico [Procedimentos Hemoterápicos], 200
Insumo Farmacêutico, 200
Insumo Farmacêutico Ativo (IFA), 200
Integração com a Atenção à Saúde, 201
Integração Vertical e Horizontal, 201
Integralidade, 201
Integralidade da Atenção, 201
INTEGRASUS ver Incentivo de Integração do SUS, 201
Integridade do Sistema de Distribuição, 201
Inteligência Conceitual, 201
Inteligência Prática, 201
Inteligência Social, 202
Intermitência, 202
Internação de Longa Permanência, 202
Internação em Estabelecimento de Saúde, 202
Internação em Reabilitação, 202
Internação Psiquiátrica, 202
Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC), 202
Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI), 202
Internação Psiquiátrica Voluntária Que Se Torna Involuntária (IPVI), 202
Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV), 202
Internalização da Tecnologia, 203
Internamento (ou Internação) no Domicílio, 203
Interrupção, 203
Intersetorialidade/Transversalidade, 203
Intervenção Terapêutica do Diabetes, 203
Intolerância Alimentar, 203
Intoxicação, 203
Intrassetorialidade, 203
IPC ver Internação Psiquiátrica Compulsória, 203
IPI ver Internação Psiquiátrica Involuntária, 203
IPV ver Internação Psiquiátrica Voluntária, 204
IPVI ver Internação Psiquiátrica Voluntária Que Se Torna Involuntária, 204

K

- Kit para as gestantes, 204
Kit para as parteiras tradicionais, 204
Kit para as UBS, 204

L

- Laboratório Central do Nível A, 204
Laboratório Central do Nível B, 204
Laboratório Central do Nível C, 204
Laboratório Central do Nível D, 205
Laboratório de Fronteira, 205
Laboratório de Histocompatibilidade, 205
Laboratório de Patologia Clínica, 205
Laboratório de Referência e Produtor, 205
Laboratório de Referência Estadual, 205
Laboratório de Referência Municipal, 205
Laboratório de Referência Nacional, 206
Laboratório de Referência Regional, 206
Laboratório Local, 206
Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), 206
Laudo Médico, 206
Laudo Médico em Acidente ou Doença do Trabalho, 207
Laudo para emissão de Autorização de Internação Hospitalar, 207
Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), 207
Lei Antitruste, 207
Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, 207
Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990, 207
Leito de Saúde Mental em Hospital Geral, 208
Leito Operacional, 208
Lésbicas ver Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), 208
Limitação da Atividade, 208
Linha de Cuidado, 208
Linha de Cuidado à Pessoa com DRC, 209
Linha de Cuidado ao Trauma, 208
Lista de Espera, 209
Lista de Produtos Estratégicos para o SUS, 209
LME ver Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, 209
Logística de Insumos em Gestão da Saúde, 209
Logística de Órgãos, Tecidos e Células do Corpo Humano em Gestão da Saúde, 210
Longitudinalidade, 210
LRPD ver Laboratório Regional de Prótese Dentária, 210

M

- MA ver Medicina Antroposófica, 210
Mamografia Móvel, 210
Manipulação de Antineoplásicos e Radiofármacos, 210
Manipulação de Nutrição Parental, 210
Manipulação Magistral e Oficial, 210
Manutenção Corretiva [Procedimentos Hemoterápicos], 211
Manutenção de Ganhos Funcionais, 211
Manutenção do Implante Concílear, 211
Manutenção no Cadastro Técnico Único, 211
Manutenção ou Atualização de Cadastro, 211
Manutenção Preventiva [Procedimentos Hemoterápicos], 211
Mapa da Saúde, 211
Massagem Rítmica, 211
Materiais Infectantes para Poliovírus Selvagem ou Vacinal, 212
Materiais Potencialmente Infectantes para Poliovírus Selvagem ou Vacinal, 212
Material ou Insumo Crítico [Procedimentos Hemoterápicos], 212
Matriciamento, 212
Matriz Diagnóstica, 212
Mecanismo Institucionalizado de Controle Social, 212
Média Complexidade, 212
Medicamento, 213
Medicamento de Dispensação em Caráter Excepcional, 213
Medicamento de Interesse em Saúde Pública, 213
Medicamento de Uso Contínuo, 213
Medicamento de Venda Livre, 213
Medicamento Essencial, 214
Medicamento Genérico, 214
Medicamento para a Atenção Básica, 214
Medicamento Tarjado, 214
Medicina Antroposófica (MA), 214
Medicina Tradicional Chinesa, 214
Médico Regulador, 214
Medida Preventiva, 215
Medida Socioeducativa em Meio Aberto, 215
Meditação, 215
Membro das Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares, 215
Membro dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, Funcionário Público Superior, Diretor de Empresa e Trabalhador Assimelhado, 215
MEQ ver Monitoramento Externo da Qualidade, 216
Mercado Comum do Sul (Mercosul), 216
Mercosul ver Mercado Comum do Sul, 216
Método Canguru, 216

Método Canguru (1^a Etapa), 217
Método Canguru (2^a Etapa), 217
Método Canguru (3^a Etapa), 217
Método Colorimétrico, 217
Ministério da Saúde (MS), 217
MIQ ver Monitoramento Interno da Qualidade, 218
Modalidade Ambulatorial, 218
Modalidade Hospitalar, 218
Modalidades de Transfusão [Transfusão Sanguínea], 219
Modelo de Atenção à Saúde, 219
Modelo de Gestão de Saúde Indígena, 219
Módulo de Controle Externo, 220
Módulo de Transplante, 220
Módulo-Padrão de Suprimento, 220
Monitoramento e Avaliação, 220
Monitoramento e Avaliação da Gestão, 225
Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ), 226
Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ), 226
Morbimortalidade, 226
Motocicleta para a Intervenção do SAMU 192, 226
Motolâncias, 227
MS ver Ministério da Saúde, 227
Multiplicador/Facilitador [Estratégia AIDPI], 227
Município Prioritário para Habilitação no Programa “De Volta Para Casa”, 227
Município Sentinel, 227
Musicoterapia, 227

N

Não Conformidade [Procedimentos Hemoterápicos], 228
NAQH ver Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar, 228
Nascimento ver Gestação, Parto e Nascimento, 228
Nascimento Vivo, 228
Natimorte ver Óbito Fetal, 228
Naturopatia, 228
NCI ver Notificação Compulsória Imediata, 228
NCS ver Notificação Compulsória Semanal, 228
Necessidade Alimentar Especial, 228
Nefropatia, 228
Negligência, 228
NIR ver Núcleo Interno de Regulação, 229
Nível I - Atenção Básica [Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais], 229
Nível II - Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade [Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais], 229
Nível III - Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade [Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais], 229
Nível Terciário, 229

Normas de Vigilância à Saúde dos Trabalhadores Expostos ao Benzeno, 229
Normatizar, 229
Notificação, 230
Notificação Compulsória, 230
Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher , 230
Notificação Compulsória Imediata (NCI), 230
Notificação Compulsória Negativa, 230
Notificação Compulsória Semanal (NCS), 230
Núcleo (ou Centro) de Atendimento em Reabilitação, 230
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), 230
Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), 231
Núcleo de Apoio à Saúde da Família, 231
Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde do Ministério da Saúde, 232
Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico, 232
Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico Estadual na Atenção Básica, 232
Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico Intermunicipal na Atenção Básica, 232
Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico Municipal na Atenção Básica, 232
Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico na Atenção Básica, 232
Núcleo Interno de Regulação (NIR), 233
Núcleo Tecnológico, 233
Nutrição e Alimentação Saudável, 233
Nutrição Enteral, 233
Nutrição Parenteral, 233

O

Obesidade, 233
Óbito de Mulheres em Idade Fértil, 234
Óbito Fetal, 234
Óbito Infantil, 234
Óbito Materno, 234
Óbito Neonatal, 234
Óbito Pós-Neonatal, 234
Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS, 234
OPO ver Organização de Procura de Órgãos e Tecidos, 234
Orçamentação Global, 234
Orçamentação Parcial, 235
Organização de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO), 235
Organização do Cuidado das Pessoas com Doenças Raras - Eixo I, 235
Organização do Cuidado das Pessoas com Doenças Raras - Eixo II, 236
Orientação Comunitária, 236

Orientação de Serviço [Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho], 236
Orientação Prognóstica, 236
Orientações Básicas para a Implementação das Ações do SISVAN, 236
Órtese, 236
Osteopatia, 236
Osteoporose, 237
Ostomia, 237
Ototoxicose, 237
Ouvidoria, 237
Ouvidoria-Geral do SUS, 237
Ozonioterapia, 237

P

PAAS ver Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, 238
PAB Fixo ver Piso da Atenção Básica Fixo, 238
PAB Variável ver Piso da Atenção Básica Variável, 238
PAB ver Piso da Atenção Básica, 238
PAC ver Plano Anual de Contratações, 238
Pacto de Gestão, 238
Pacto pela Saúde, 238
Pacto Pela Vida, 238
Padrão Ampliado, 238
Padrão de Potabilidade, 238
Padrão Essencial, 238
Padrão Organoléptico, 238
Padrões "Web" em Governo Eletrônico (e-PWG), 238
Padrões de Interoperabilidade e de Informação em Saúde [entre os sistemas de informação do SUS], 239
Painel de Indicadores, 239
Painel de Soros, 239
Parâmetro Clínico-Laboratorial relativo ao Benzeno, 239
Parâmetros Válidos de Qualidade, 239
Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), 240
Parecer Conclusivo do Gestor, 240
PAREPS ver Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, 240
Participação e Controle Social, 240
Participação Social, 240
ParticipanetSUS, 240
ParticipaSUS ver Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, 241
Parto de Baixo Risco, 241
Parto Normal, 241
Parto ver Gestação, Parto e Nascimento, 241
PAS ver Programação Anual de Saúde [no Planejamento da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)], 241
Passagem de Fronteira Terrestre, 241
PB ver Polo-Base, 241

PB-I ver Sede de Polo Base Tipo I, 241
PB-II ver Sede de Polo Base Tipo II, 241
PC ver Plasma Comum, Não Fresco, Normal ou Simples, 241
PCEP ver Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos, 241
PD-RP ver Preço de Dispensação - Rede Própria [Programa Farmácia Popular do Brasil], 241
PDP ver Parceria para o Desenvolvimento Produtivo, 241
PEC ver Processo Eletrônico de Compras do Ministério da Saúde (Sin-Processo), 241
Perfil de Acesso, 241
Perfil Epidemiológico, 241
Perfil Epidemiológico Brasileiro, 241
Perfil Nosológico, 242
Perfil Operacional, 242
Perturbação Psiquiátrica, 242
Pesquisa Clínica, 242
Pesquisa de Interesse Público em Saúde, 242
Pesquisa Epidemiológica, 242
Pesquisa Experimental, 242
Pesquisa Socioantropológica, 242
Pessoa com Deficiência, 243
Pessoa com Deficiência Motora, 243
Pessoa Portadora de Deficiência ver Pessoa com Deficiência, 243
PFC ver Plasma Fresco Congelado, 243
PFC24 ver Plasma Fresco Congelado Dentro de 24 horas, 243
PFPB ver Programa Farmácia Popular do Brasil, 243
PFVISA ver Piso Fixo de Vigilância Sanitária, 243
PIC ver Plasma Isento do Crioprecipitado, 243
Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), 243
Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), 243
Piso da Atenção Básica (PAB), 243
Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA), 243
Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS), 243
Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVISA), 244
Planejamento da Saúde [no Sistema Único de Saúde], 244
Planejamento Regional Integrado [no Planejamento da Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)] (PRI), 245
Plano Anual de Contratações (PAC), 245
Plano de Ação Anual, 245
Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), 245
Plano de Contingência, 246
Plano de Emergência em Saúde, 246
Plano de Expansão da Radioterapia, 246
Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Neurológicas, 246
Plano de Saúde [no Planejamento da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)], 246

- Plano de Trabalho em Modelo para Apresentação de Projetos Referentes ao PROADI-SUS, 247
- Plano Nacional de Apoio às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (PNA-CNCDO), 247
- Plano Nacional de Assistência à Criança com Cardiopatia Congênita, 247
- Plano Nacional de Implantação de Bancos de Multitecidos para Transplantes (Plano-BMT), 247
- Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos, 247
- Plano Nacional de Implantação de Unidade Básica de Saúde, 247
- Plano Operativo, 248
- Plano Operativo Anual [do PCEP], 248
- Plano Terapêutico, 248
- Plano-BMT ver Plano Nacional de Implantação de Bancos de Multitecidos para Transplantes, 245
- Plantas Medicinais e Fitoterapia, 248
- Plasma Comum, Não Fresco, Normal ou Simples (PC), 249
- Plasma Fresco Congelado Dentro de 24 horas (PFC24), 249
- Plasma Fresco Congelado (PFC), 249
- Plasma Isento do Crioprecipitado (PIC), 249
- Plenário da CONITEC, 249
- PMAQ-AB ver Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 249
- PMAQ-CEO ver Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas, 249
- PNA-CNCDO ver Plano Nacional de Apoio às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, 249
- PNAB ver Política Nacional de Atenção Básica, 249
- PNAISARI ver Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória, 249
- PNAISC ver Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, 249
- PNAN ver Política Nacional de Alimentação e Nutrição, 249
- PNASS ver Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, 249
- PNCD ver Programa Nacional de Controle da Dengue, 249
- PNCM ver Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária, 249
- PNCQES ver Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia, 249
- PNDG ver Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no Sistema Único de Saúde, 249
- PNEPS-SUS ver Política Nacional de Educação Popular em Saúde, 249
- PNHOSP ver Política Nacional de Atenção Hospitalar, 249
- PNIIS ver Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, 250
- PNPIC ver Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), 250
- PNPS ver Política Nacional de Promoção da Saúde, 250
- PNQM ver Programa Nacional de Qualidade em Mammografia, 250
- PNSF ver Programa Nacional de Suplementação de Ferro, 250
- PNSIPCFA ver Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, 250
- PNSP ver Programa Nacional de Segurança do Paciente, 250
- PNTN ver Programa Nacional de Triagem Neonatal, 250
- PNVS ver Política Nacional de Vigilância em Saúde, 250
- Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, 250
- Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov) (e-Gov), 250
- Política de Promoção da Saúde com a Promoção da Equidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade e Iniquidade, 251
- Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), 251
- Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, 253
- Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, 251
- Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, 252
- Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 254
- Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, 256
- Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, 256
- Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), 257
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), 257
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), 258
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, 259
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, 260
- Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, 261
- Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, 261
- Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica, 262
- Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, 263
- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 263
- Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), 263

- Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, [265](#)
Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), [265](#)
Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), [266](#)
Política Nacional de Medicamentos, [266](#)
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS) (PNPIC), [267](#)
Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), [268](#)
Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, [271](#)
Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), [272](#)
Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, [272](#)
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, [272](#)
Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, [273](#)
Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, [274](#)
Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), [275](#)
Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), [276](#)
Política Nacional de Saúde Integral LGBT ver Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, [277](#)
Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), [277](#)
Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, [277](#)
Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, [278](#)
Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS, [279](#)
Polo do Programa Academia da Saúde, [279](#)
Polo-Base (PB), [278](#)
Ponto de Atenção à Saúde, [279](#)
Ponto de Atenção de Urgência e Emergência, [280](#)
Ponto de Atenção Especializada, [280](#)
Ponto de Telessaúde, [280](#)
Pontos de Atenção Secundário e Terciário, [280](#)
Pool de Concentrados de Plaquetas Obtidos de Sangue Total, [280](#)
População, [280](#)
População Adscrita, [280](#)
Populações do Campo, da Floresta e das Águas, [280](#)
Porta de Entrada, [281](#)
Portabilidade Tecnológica, [281](#)
Portadores de Insuficiência Cardíaca em Classe III NYHA, [281](#)
Portal de Saúde do Cidadão, [281](#)
Portaria de Aprovação de Projeto e Autorização para Captação de Recursos, [281](#)
Portaria de Credenciamento, [281](#)
Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, [282](#)
Portas Hospitalares de Urgência e Emergência, [282](#)
Pós-parto Imediato, [282](#)
Posição Canguru, [282](#)
Posto de Enfermagem, [282](#)
Posto de Saúde Localizado na Aldeia e no Polo Base:, [282](#)
Potencial Doador, [282](#)
Potencial Receptor [Sistema Nacional de Transplantes], [282](#)
Povo e Comunidade Tradicional, [282](#)
PPB ver Processo Produtivo Básico, [283](#)
PQA-VS ver Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, [283](#)
Prática Corporal e Atividade Física, [283](#)
Prática Participativa, [283](#)
Práticas Integrativas e Complementares, [283](#)
Preceptoria [Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho], [284](#)
Preço de Dispensação - Rede Própria [Programa Farmácia Popular do Brasil] (PD-RP), [284](#)
Preço de Venda - Aqui Tem [Programa Farmácia Popular do Brasil] (PV-AT), [284](#)
Prêmio Cecília Donnangelo, [284](#)
Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS, [284](#)
Prêmio de Qualidade Hospitalar [do Sistema Único de Saúde], [284](#)
Prêmio e Entrega do Prêmio de Qualidade em Assistência Hospitalar, [285](#)
Prêmio Ministro Wilson Fadul, [285](#)
Prêmio Nacional Bibi Vogel, [285](#)
Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos Lenita Wannmacher, [285](#)
Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira, [285](#)
Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS, [285](#)
Prescrição, [286](#)
Prescritor, [286](#)
Preservação dos Tecidos Oculares em Banco de Tecido Ocular, [286](#)
Prestação de Serviços Médico-Assistenciais, [286](#)
Prevalência de Cárie Dental, [287](#)
Prevenção ao Câncer, [287](#)
Prevenção ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e às Hepatites Virais, [287](#)
Prevenção da Malária, [287](#)
Prevenção da Violência, [288](#)
Prevenção e Controle da Dengue, [288](#)
Prevenção e Controle do Tabagismo, [288](#)
Prevenção Secundária, [288](#)
PRI ver Planejamento Regional Integrado [no Planejamento da Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)], [289](#)

- Primeira Infância, [289](#)
Princípio Ativo [Programa Farmácia Popular do Brasil], [289](#)
Princípio da Ciência e da Tecnologia no Âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, [289](#)
Princípio da Comunicação em Saúde no Âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, [289](#)
Princípio da Educação no Âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, [289](#)
Princípio da Hierarquização e Descentralização em Vigilância em Saúde do Trabalhador, [289](#)
Princípio da Integralidade das Ações em Vigilância em Saúde do Trabalhador, [289](#)
Princípio da Interdisciplinaridade em Vigilância em Saúde do Trabalhador, [289](#)
Princípio da Pesquisa-Intervenção em Vigilância em Saúde do Trabalhador, [290](#)
Princípio da Pluriinstitucionalidade em Vigilância em Saúde do Trabalhador, [290](#)
Princípio da Precaução, [290](#)
Princípio da Prevenção do Câncer na Âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, [290](#)
Princípio da Universalidade, [290](#)
Princípio da Universalidade em Vigilância em Saúde do Trabalhador, [290](#)
Princípio da Vigilância, do Monitoramento e da Avaliação no Âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, [291](#)
Princípio do Controle Social em Vigilância em Saúde do Trabalhador, [291](#)
Princípio do Cuidado Integral no Âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, [291](#)
Princípio Relacionado à Promoção da Saúde no Âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, [291](#)
Princípios Gerais da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, [291](#)
PRM-MFC ver Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, [291](#)
Pró-Iodo ver Programa Nacional de Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo, [304](#)
Processo de Substituição, [291](#)
Processo Eletrônico de Compras (PEC), [292](#)
Processo Eletrônico de Compras do Ministério da Saúde (Sis-Processo) (PEC), [292](#)
Processo Participativo de Gestão, [292](#)
Processo Produtivo Básico (PPB), [292](#)
Processo Reabilitativo, [292](#)
Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), [292](#)
PROCIS ver Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde, [293](#)
PROCOT ver Programa de Cooperação Técnica, [293](#)
Produção de Saúde e Cuidado, [293](#)
Produção e Disseminação de Conhecimento e Saberes, [293](#)
Produto de Interesse para a Saúde, [293](#)
Produto Estratégico para o SUS, [293](#)
Produto Médico de Uso Único, [293](#)
Produto Psicotrópico, [293](#)
Produtor Público, [293](#)
Profissional de Saúde Mental, [293](#)
Profissional do Nível Operacional, [294](#)
Profissional Qualificado nos Serviços de Hemoterapia de Maior Complexidade, [294](#)
Profissional Responsável pela Segurança Relacionados ao Atendimento Pré-Hospitalar, [294](#)
ProgeSUS ver Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação, [294](#)
Programa Academia da Saúde, [294](#)
Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência, [295](#)
Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS), [295](#)
Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares, [295](#)
Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, [295](#)
Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, [295](#)
Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, [296](#)
Programa de Cooperação Técnica (PROCOT), [296](#)
Programa de Cuidado Integral ao Diabetes, [296](#)
Programa de Desinstitucionalização, [296](#)
Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde, [297](#)
Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, [297](#)
Programa de Mamografia Móvel, [297](#)
Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), [297](#)
Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), [297](#)
Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação (ProgeSUS), [297](#)
Programa de Requalificação de Unidade Básica de Saúde, [297](#)
Programa de Residência Médica, [298](#)
Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC), [298](#)

- Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (Programa Epi-SUS), [298](#)
- Programa de Volta para Casa, [298](#)
- Programa EpiSUS ver Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde, [298](#)
- Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), [298](#)
- Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), [298](#)
- Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon), [299](#)
- Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, [299](#)
- Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), [299](#)
- Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino, [299](#)
- Programa Nacional de Competitividade em Vacinas (INOVACINA), [300](#)
- Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), [300](#)
- Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia (PNCQES), [300](#)
- Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no Sistema Único de Saúde (PNDG), [300](#)
- Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde, [300](#)
- Programa Nacional de Implantação/Implementação de Bancos de Olhos, [300](#)
- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), [301](#)
- Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM), [301](#)
- Programa Nacional de Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo, [301](#)
- Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM), [301](#)
- Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde - QUALIFAR-SUS (QUALIFAR-SUS), [301](#)
- Programa Nacional de Qualificação para a Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (QUALIDOTT), [301](#)
- Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), [302](#)
- Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), [302](#)
- Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, [302](#)
- Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), [302](#)
- Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das IST e do HIV/AIDS, [303](#)
- Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, [303](#)
- Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde, [303](#)
- Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes), [303](#)
- Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS), [303](#)
- Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental, [303](#)
- Programa SOS Emergências, [303](#)
- Programa ["Software"], [294](#)
- Programação Anual de Saúde [no Planejamento da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)] (PAS), [295](#)
- Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde, [295](#)
- Programação Visual Padronizada das Unidades de Saúde do SUS, [295](#)
- Projeto de Estruturação e Qualificação dos Serviços Existentes de Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação Pós-Operatória no Sistema Único de Saúde (PROJETO SUPORTE), [304](#)
- Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde, [304](#)
- Projeto PRO-ADESS, [304](#)
- PROJETO SUPORTE ver Projeto de Estruturação e Qualificação dos Serviços Existentes de Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação Pós-Operatória no Sistema Único de Saúde, [304](#)
- Projeto Técnico, [304](#)
- Projeto Terapêutico Singular, [305](#)
- Projeto Vida no Trânsito, [305](#)
- Promoção à Saúde, [305](#)
- Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), [305](#)
- Promoção da Mobilidade Segura, [305](#)
- Promoção da Paz e da Cultura dos Direitos Humanos, [306](#)
- Promoção da Saúde e de Ambientes e Processos de Trabalho Saudáveis, [306](#)
- Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e Agravos e Produção do Cuidado em Estabelecimento de Saúde, [306](#)
- Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral, [306](#)
- Pronas/PCD ver Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência, [306](#)
- Pronon ver Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica, [306](#)
- Prontuário, [306](#)
- Prontuário Eletrônico [Programa Informatiza APS], [307](#)
- Prontuário Único, [307](#)
- Propaganda de Produtos Farmacêuticos, [307](#)
- Prótese, [307](#)

Protocolo Clínico, 307

Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica, 307

Protocolo de Cooperação entre Entes Públícos (PCEP), 307

Protocolo de Intervenção Farmacêutica, 308

PV-AT ver Preço de Venda - Aqui Tem [Programa Farmácia Popular do Brasil], 308

PVVisa ver Piso Variável de Vigilância Sanitária, 308

PVVS ver Piso Variável de Vigilância em Saúde, 308

Q

Quadro Clínico de Toxicidade ao Benzeno, 308

QualiCito ver Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), 308

Qualidade, 308

QUALIDOTT ver Programa Nacional de Qualificação para a Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, 308

QUALIFAR-SUS ver Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde - QUALIFAR-SUS, 309

Qualificação, 309

Qualificação de Fornecedores [Procedimentos Hemoterápicos], 309

Qualificação de Pessoas [Procedimentos Hemoterápicos], 309

Qualificação e Humanização na Gestão, 309

Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito) (QualiCito), 309

Quirofonética, 309

Quiropraxia, 310

R

RAG ver Relatório Anual de Gestão, 310

Ramo Produtivo como Critério em Saúde do Trabalhador, 310

RAPS ver Rede de Atenção Psicossocial, 310

RAS ver Rede de Atenção à Saúde, 310

Rastreabilidade [Procedimentos Hemoterápicos], 310

RCBP ver Registro de Câncer de Base Populacional, 310

Reabilitação, 310

Reação Transfusional Imediata, 311

Readaptação, 311

REBACIM ver Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos, 311

REBRATS ver Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde, 311

Receita Total, 311

Receitas Vinculadas dos Estados e Distrito Federal, 311

Receitas Vinculadas dos Municípios e Distrito Federal, 311

Recém-Nascido, 311

Recepção da Pele em Banco de Pele, 311

Recepção de Tecido em Banco de Pele, 312

Recepção de Tecidos em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, 312

Recepção do Tecido no Banco de Tecido Ocular, 312

Receptor Estrangeiro, 312

Receptor Nacional, 312

Recoleta, 312

Reconstrução do Corpo do Doador em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, 312

Recuperação, 312

Recurso de Custeio ver Custeio, 312

Recursos Auxiliares de Diagnóstico e Terapia, 313

Recursos Humanos, 313

Recursos Tecnológicos e Humanos Acessíveis/Alcançáveis, 313

Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), 313

Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM), 313

Rede Cegonha, 314

Rede Colaborativa para a Qualificação do Diagnóstico e Tratamento das Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero, 314

Rede de Apoio a Desprecarização do Trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde, 314

Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, 316

Rede de Atenção à Saúde (RAS), 314

Rede de Atenção às Urgências, 317

Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), 317

Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, 317

Rede de Atenção em Alta Complexidade em Traumatologia, 318

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), 318

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, 318

Rede de Distribuição, 319

Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS), 319

Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), 319

Rede de Frio, 319

Rede de Pesquisa em Saúde, 320

Rede de Serviço de Saúde, 320

Rede Estadual de Assistência a Queimados, 320

Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, 320

Rede Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, 320

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), 321

- Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos (REMATO), 321
- Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), 321
- Rede Nacional de Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para Transplantes de Células-Tronco Hematopoiéticas (BrasilCord), 322
- Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (RENEZIKA), 322
- Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC), 322
- Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino (RNPC), 322
- Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC), 322
- Rede Nacional de Pesquisa em Saúde (RNPS), 322
- Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde (RNPPS), 323
- Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC), 322
- Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDN), 323
- Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, 323
- Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC), 323
- Redes Temáticas de Atenção à Saúde, 323
- REDOME ver Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea, 323
- Redução da Morbimortalidade nos Diversos Ciclos de Vida ver Ações e Serviços de Promoção da Saúde, 323
- Redução de Danos Sociais e à Saúde Decorrentes do Uso de Produtos, Substâncias ou Drogas que Causem Dependência, 323
- Reflexoterapia, 324
- Reforma, 324
- Reformulação do Plano de Trabalho, 324
- REGESUS ver Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde, 324
- Região de Saúde ou Abrangência na Rede de Atenção à Saúde, 324
- Regionalização, 325
- Registro Brasileiro de Cirurgia Tráumato-Ortopédica, 325
- Registro Brasileiro de Receptores de Medula Óssea (REREME), 325
- Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), 325
- Registro de Medicamentos, 325
- Registro em Banco de Tecido Ocular, 325
- Registro Nacional de Células Tronco Hematopoiéticas (RENACORDE), 325
- Registro Nacional de Doadores de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (RENACORD), 325
- Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME), 325
- Registro Obrigatório [Procedimentos Hemoterápicos], 326
- Regulação, 326
- Regulação (em parceria com a Anvisa e o Inmetro) em Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde, 326
- Regulação Assistencial em Gestão da Saúde, 326
- Regulação da Atenção à Saúde, 326
- Regulação de Sistemas de Saúde, 327
- Regulação do Acesso à Assistência, 327
- Regulação Médica das Urgências, 327
- Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, 326
- Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, 327
- Reiki, 327
- Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), 328
- Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis (RENEM), 328
- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAM), 328
- Relatório, 329
- Relatório Anual de Gestão (RAG), 329
- Relatório de Gestão [no Planejamento da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)], 329
- REMATO ver Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos, 329
- Remessa de Insumo [Procedimentos Hemoterápicos], 329
- Remessa de Reagente [Procedimentos Hemoterápicos] ver Remessa de Insumo [Procedimentos Hemoterápicos], 329
- Removido por Recusas Sistemáticas, 329
- Removido por Semi-Atividade Prolongada, 329
- RENACORD ver Registro Nacional de Doadores de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, 330
- RENACORDE ver Registro Nacional de Células Tronco Hematopoiéticas, 330
- RENAM ver Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, 330
- RENASES ver Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, 330
- RENAST ver Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, 330
- RENEM ver Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis, 330
- RENEZIKA ver Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas, 330
- Reparos, 330

- Representante Legal [Programa Farmácia Popular do Brasil], 330
Requisitos para o Prêmio de Qualidade em Assistência Hospitalar, 330
REREME ver Registro Brasileiro de Receptores de Medula Óssea, 330
Reserva Extrativista, 330
Resolução, 330
Resolutividade, 330
Responsabilidade Sanitária, 331
Responsabilidade Técnica, 331
Responsabilidades das Unidades Integrantes do SUS para a Adequada Assistência à Mulher e ao Recém-Nascido no Momento do Parto, 331
Responsabilização, 331
Responsabilização Sanitária, 331
Responsável Administrativo, 332
Responsável de Enfermagem, 332
Responsável pelo Registro da Entrada do Paciente, 332
Responsável pelo Registro do Paciente, 332
Responsável Técnico, 332
Resultados das Atividades e Produtos (entregas do projeto) em Modelo para Apresentação de Projetos Referentes ao PROADI-SUS, 333
Retirada de Tecido em Banco de Tecido Ocular, 333
Retirada de Tecido em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, 333
Retirada do Tecido em Banco de Pele, 334
Retirada do Tecido em Banco de Tecido Cardiovascular, 334
Retrovigilância [Procedimentos Hemoterápicos], 334
RETSUS ver Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, 335
RIPSA ver Rede Interagencial de Informações para a Saúde, 335
Risco, 335
RNPAVC ver Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral, 335
RNPC ver Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino, 335
RNPCC ver Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer, 335
RNPD ver Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovesselares, 335
RNPDN ver Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Ne-gligenciadas, 335
RNPPS ver Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde, 335
RNPS ver Rede Nacional de Pesquisa em Saúde, 335
RNTC ver Rede Nacional de Terapia Celular, 335
Rotinas de Funcionamento e Atendimento, 335
Rotulagem Nutricional dos Alimentos, 335
Rouparia, 335
Rübela, 335
RUE ver Rede de Atenção às Urgências e Emergências, 336
- S**
- SAD ver Serviço de Atenção Domiciliar, 336
SAGE ver Sala de Apoio à Gestão Estratégica [do Ministério da Saúde] (SAGE), 336
SAIPS ver Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), 336
Sala Administrativa e de Recepção de Tecido em Banco de Tecido Cardiovascular, 336
Sala Administrativa em Banco de Pele, 336
Sala Administrativa em Banco de Tecido Ocular, 336
Sala Administrativa em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, 336
Sala de Apoio à Gestão Estratégica [do Ministério da Saúde] (SAGE) (SAGE), 336
Sala de Armazenamento do Tecido em Banco de Tecido Cardiovascular, 337
Sala de Armazenamento dos Tecidos em Banco de Pele, 336
Sala de Armazenamento dos Tecidos em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, 337
Sala de Atendimento Multiprofissional, 337
Sala de Criopreservação em Banco de Pele, 337
Sala de Criopreservação em Banco de Tecido Cardiovascular, 337
Sala de Estabilização (SE), 338
Sala de Exames e Admissão de Parturientes com Sanitário Anexo, 338
Sala de Processamento de Tecido em Banco de Tecido Cardiovascular, 338
Sala de Processamento de Tecidos em Banco de Pele, 338
Sala de Processamento de Tecidos em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, 338
Sala de Processamento e Armazenamento de Tecidos em Banco de Tecido Ocular, 339
Sala de Recepção Acolhimento e Registro (Parturiente e Acompanhante), 339
Sala de Recepção de Tecidos em Banco de Tecido Ocular, 339
Sala de Serviço, 339
Sala de Utilidades, 339
Sala Multiuso para Reabilitação Tipo I, 339
Sala Multiuso para Reabilitação Tipo II, 339
SAMU 192 ver Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), 339
Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (SCUP), 340

- SAS ver Secretaria de Atenção à Saúde, 340
Saúde do Trabalhador, 340
Saúde Legis ver Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis), 340
SCTIE/MS ver Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, 340
SCUP ver Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, 340
SDM ver Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama, 340
SE ver Sala de Estabilização, 340
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), 340
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), 340
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), 341
Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 341
Secretaria de Saúde Estadual, 345
Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), 346
Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), 347
Secretaria Estadual de Saúde (SES), 348
Secretaria Municipal de Saúde, 354
Secretaria Técnica da Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos, 361
Secretaria-Executiva da CONITEC, 354
Secretaria-Executiva da UNA-SUS, 354
Sede de Polo Base Tipo II (PB-II), 361
Sede de Polo Base Tipo I (PB-I), 361
Segunda Opinião Formativa, 361
Segurança Alimentar e Nutricional, 361
Segurança do Paciente, 361
Segurança Sanitária, 361
Seguridade Social, 362
Seleção de Doadora em Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, 362
Semana Nacional de Mobilização e Luta contra a Tuberculose, 362
Semana Saúde na Escola, 362
Sensibilidade do NAT, 362
Série Histórica, 362
Serviço Crítico [Procedimentos Hemoterápicos], 362
Serviço de Apoio à Vida Cotidiana, 362
Serviço de Atenção à Hanseníase na Alta Complexidade, 362
Serviço de Atenção à Hanseníase na Média Complexidade, 363
Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, 363
Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, 363
Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), 363
Serviço de Atenção em Regime Residencial, 363
Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, 363
Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexu-alizador - Modalidade Hospitalar, 364
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) (SAMU 192), 364
Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, 365
Serviço de Hemoterapia em Controle de Qualidade de Reagentes de Teste de Detecção de Ácido Nucleico (NAT) para HIV, HCV e HBV, 365
Serviço de Hemoterapia [Procedimentos Hemoterápicos], 365
Serviço de Ouvidoria do SUS, 365
Serviço de Pronto Atendimento, 366
Serviço de Reabilitação, 366
Serviço de Referência em Doenças Raras, 366
Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM), 367
Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), 367
Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei, 367
Serviço de Referência Tipo I, 367
Serviço de Referência Tipo II, 367
Serviço de Referência Tipo III, 368
Serviço de Saúde [Procedimentos Hemoterápicos], 368
Serviço de Verificação de Óbito (SVO), 368
Serviço Especial de Acesso Aberto, 368
Serviço Hospitalar de Referência à Atenção à Gestação de Alto Risco, 368
Serviço Hospitalar de Referência para Atenção a Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental e com Necessidades Decorrentes do Uso de Álcool, Crack e Outras Drogas, 369
Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental, 369
Serviço Privado de Assistência à Saúde, 369
Serviço Residencial Terapêutico (SRT), 369
Serviços de Apoio à Saúde, 370
Serviços de Implantação, 370
Servidor Cedido, 370
SES ver Secretaria Estadual de Saúde, 370
SESAI/MS ver Secretaria Especial de Saúde Indígena, 370
SGEP ver Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 370
Shantala, 370
SIAB ver Sistema de Informação da Atenção Básica, 371
SIASI ver Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, 371
SIGTAP ver Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP), 371

- SIH ver Sistema de Informação Hospitalar, 371
SIM ver Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), 371
SIMAPES ver Sistema de Mapeamento em Educação na Saúde, 371
SINAPI ver Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil, 371
Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, 371
Siops ver Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), 371
SIPNASS ver Sistema de Informação [Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde], 371
SISAB ver Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), 371
SISAN ver Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional, 371
SISAUD/SUS ver Sistema de Auditoria do SUS, 371
SISCAN ver Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), 371
SISLAB ver Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, 371
Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), 371
Sistema de Abastecimento de Água para Consumo Humano, 372
Sistema de Apoio, 372
Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SOMASUS), 372
Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) (SAIPS), 372
Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS), 372
Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP) (SIGTAP), 373
Sistema de Governança, 373
Sistema de Informação Ambulatorial, 373
Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIA-ASI), 373
Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 374
Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) (SISCAN), 374
Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) (SISAB), 374
Sistema de Informação Hospitalar (SIH), 374
Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) (SIM), 375
Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops) (Siops), 375
Sistema de Informação [Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde] (SIPNASS), 373
Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis) (Saúde Legis), 376
Sistema de Mapeamento em Educação na Saúde (SIMA-PES), 376
Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPOS), 377
Sistema de Prontuário Eletrônico [Programa Informatizado APS], 377
Sistema de Qualidade [Procedimentos Hemoterápicos], 377
Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia, 377
Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), 377
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SIS-VAN) (SISVAN), 377
Sistema de Vigilância em Saúde, 378
Sistema de Vigilância Epidemiológica, 378
Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento do Sistema Único de Saúde (DGMP), 378
Sistema Logístico, 378
Sistema Nacional de Auditoria (SNA), 379
Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica da Saúde Indígena (Hórus Indígena), 379
Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS), 379
Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SIS-LAB), 380
Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, 380
Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil (SINAPI), 380
Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, 380
Sistema Tradicional Indígena de Saúde, 381
Sistema Único de Saúde (SUS), 381
Sistemas de Apoio, 381
SISVAN ver Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), 382
Situação da Capacidade Hospitalar Instalada, 382
Situação de Desassistência à População, 382
Situação de Desastre, 382
Situação Epidemiológica, 383
SNA ver Sistema Nacional de Auditoria, 383
Soberania Alimentar, 383
Sobrepeso, 383
Solução Aditiva [Procedimentos Hemoterápicos], 383
Solução Alternativa Coletiva de Abastecimento de Água para Consumo Humano, 383
Solução Alternativa Individual de Abastecimento de Água para Consumo Humano, 383
SOMASUS ver Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde, 383
SRC ver Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero, 383
SRT Tipo I, 384
SRT Tipo II, 384

SRT ver Serviço Residencial Terapêutico, 383
Subcomissão Técnica de Atualização da RENAME e do FTN, 384
Subcomissão Técnica de Atualização da RENASES, 384
Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, 384
Subcomissões Técnicas da CONITEC, 385
Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações [do Ministério da Saúde], 385
Subcomponente Ambulatorial Especializado, 385
Subcomponente de Urgência e Emergência, 385
Subcomponente Hospitalar, 385
Suficiência, 385
Suplemento Nutricional, 386
Suplemento Vitamínico e/ou Mineral, 386
Suporte Avançado de Vida, 386
Suporte Básico de Vida, 386
Suposições Importantes em Modelo para Apresentação de Projetos Referentes ao PROADI-SUS, 386
Sustentabilidade, 386
SVO ver Serviço de Verificação de Óbito, 387
SVS/MS ver Secretaria de Vigilância em Saúde, 387

T

TAA ver Terapia Assistida por Animais, 387
Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais [do Sistema Único de Saúde (SUS)], 387
TAS ver Termo de Ajuste Sanitário, 387
TCEP ver Termo de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP), 387
TCI ver Terapia Comunitária Integrativa, 387
TCTH ver Transplante de Células-tronco Hematopoéticas, 387
Técnicos Autorizados pelos Gestores do SUS, 387
Tecnologia Assistiva, 387
Tecnologia em Saúde, 388
Tecnologia Leve, 388
Tele-Educação, 388
Teleconsultoria, 388
Teleconsultoria Assíncrona, 388
Teleconsultoria Síncrona, 388
Telediagnóstico, 388
Telessaúde Brasil 2. etapa ver Conclusão da Segunda Etapa do Projeto Telessaúde Brasil, 389
Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, 389
Telessaúde Brasil Redes ver Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, 389
Telessaúde em Estabelecimento de Saúde, 389
Telessaúde/Telemedicina, 388
Temperatura Ambiente [Procedimentos Hemoterápicos], 389

Terapia Artística, 389
Terapia Assistida por Animais (TAA), 389
Terapia Biográfica, 389
Terapia Comunitária Integrativa (TCI), 390
Terapia de Florais, 390
Terapia Medicamentosa, 390
Terapia Nutricional, 390
Terapias Especiais em Estabelecimento de Saúde, 390
Termalismo Social, 390
Termalismo Social e Crenoterapia, 391
Terminologia de Formas de Contratação de Profissionais Aplicadas pelo CNES, 391
Termo de Ajuste, 391
Termo de Ajuste Sanitário (TAS), 391
Termo de Compromisso, 391
Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, 392
Termo de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP), 392
Termo de Parceria, 392
Territorialidade, 392
Territorialização, 392
Território, 392
Território como Critério em Vigilância em Saúde do Trabalhador, 393
Território Saudável ver Ambiente e Território Saudável, 393
Teste de Proficiência [Procedimentos Hemoterápicos], 393
Teste para Detecção de Doença de Chagas [Exames de Qualificação no Sangue do Doador], 393
Teste para Detecção de Infecção por HTLV I/II [Exames de Qualificação no Sangue do Doador], 393
Teste para Detecção de Sífilis [Exames de Qualificação no Sangue do Doador], 393
Testes de Proficiência em Laboratórios de Sorologia, 393
Testes para Detecção de AIDS [Exames de Qualificação no Sangue do Doador], 393
Testes para Detecção de Hepatite B [Exames de Qualificação no Sangue do Doador], 393
Testes para Detecção de Hepatite C [Exames de Qualificação no Sangue do Doador], 393
Tipagem ABO, 393
Tipagem Reversa, 394
Tipificação de Estabelecimento de Saúde, 394
Toxicidade pelo Benzeno, 394
Trabalhador Agropecuário, Florestal, da Pesca e Trabalhador Assemelhado, 394
Trabalhador da Produção Industrial, Operador de Máquinas, Condutor de Veículos e Trabalhador Assemelhado, 394
Trabalhador das Profissões Científica, Técnica, Artística e Trabalhador Assemelhado, 395

- Trabalhador de Comércio e Trabalhador Assemelhado, 395
Trabalhador de Serviços Administrativos e Trabalhador Assemelhado, 395
Trabalhador de Serviços de Turismo, Hospedagem, Serventia, Higiene e Embelezamento, Segurança, Auxiliar de Saúde e Trabalhador Assemelhado, 395
Trabalho em Equipe Multiprofissional, 395
Trabalho Escravo, 395
Transexuais ver Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), 396
Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo, 396
Transferências Constitucionais, 396
Transferências Voluntárias, 396
Transfusão Maciça, 396
Transmissão de Dados, 396
Transoperatório, 396
Transplante de Células-tronco Hematopoéticas (TCTH), 396
Transplante de Médula Óssea, 397
Transplante de Rim Preemptivo, 397
Transtorno, 397
Transtorno Alimentar, 397
Tratamento, 397
Tratamento Cirúrgico para Pacientes com Deficiência Sensório-Neural Profunda Bilateral, 397
Tratamento de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo com Uso de Trombolítico, 397
Tratamento de Pênfigo Foliáceo Endêmico, 397
Travestis ver Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), 398
Triagem Sorológica do Doador em Banco de Tecido Cardiovascular, 398
Tutor da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, 398
Tutoria [Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho], 398
- U**
- U-AVC Agudo, 398
U-AVC Integral, 399
UBS ver Unidade Básica de Saúde, 399
UBSI TIPO I ver Unidade Básica de Saúde Indígena Tipo I, 399
UBSI TIPO II ver Unidade Básica de Saúde Indígena Tipo II, 399
UBSI TIPO III ver Unidade Básica de Saúde Indígena Tipo III, 399
UBSI ver Unidade Básica de Saúde Indígena, 399
UCINCa ver Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru, 399
UCINCo ver Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional, 399
UCO ver Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, 399
Unidade Ambulatorial, 399
Unidade Básica de Saúde Indígena Tipo III (UBSI TIPO III), 400
Unidade Básica de Saúde Indígena Tipo II (UBSI TIPO II), 400
Unidade Básica de Saúde Indígena Tipo I (UBSI TIPO I), 400
Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI), 399
Unidade Básica de Saúde (UBS), 399
Unidade Coronariana ver Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO), 400
Unidade de Acolhimento, 400
Unidade de Acolhimento Adulto, 400
Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, 401
Unidade de Anatomia Patológica, 401
Unidade de Apoio, 401
Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, 401
Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, 401
Unidade de Assistência de alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, 401
Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, 401
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), 401
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), 402
Unidade de Produto [Programa Farmácia Popular do Brasil] (UP), 402
Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h), 402
Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre, 402
Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre, 402
Unidade de Telessaúde, 402
Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO), 403
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 403
Unidade de Tratamento de Pacientes de Alto Risco, 403
Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), 403
Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise, 403
Unidade Hemoterápica, 403
Unidade integrante da Rede Nacional de Laboratórios de Assistência Médica de Alta Complexidade, 404
Unidade Móvel, 404
Unidade Neonatal, 404
Unidade Odontológica Móvel, 404
Unidade Semi-Intensiva ver Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), 404

- Universalidade, [404](#)
UP ver Unidade de Produto [Programa Farmácia Popular do Brasil], [404](#)
UPA 24h, [404](#)
UPA 24h Ampliada, [404](#)
UPA 24h Nova, [404](#)
Uso Racional de Medicamentos, [404](#)
Usuário Colaborador, [405](#)
Usuário em Situação de Perda de Autonomia, [405](#)
Usuário(a), [405](#)
UTI ver Unidade de Tratamento Intensivo, [405](#)
UTIN ver Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, [405](#)
- V**
- Vacina Pentavalente, [405](#)
Vacina Pneumocócica 10-valente, [405](#)
Vacina Poliomielite, [405](#)
Vacina Tríplice Viral, [405](#)
Validação [Procedimentos Hemoterápicos], [405](#)
Valor de Referência [Programa Farmácia Popular do Brasil] (VR), [405](#)
Valor Pós-fixado, [405](#)
Valor Pré-fixado, [405](#)
VEH ver Vigilância Epidemiológica Hospitalar, [406](#)
Veículo de Intervenção Rápida (VIR), [406](#)
Veículo para Atendimento Pré-hospitalar, [406](#)
Verticalização, [406](#)
Vestiário de Barreira em Banco de Tecido Cardiovascular, [406](#)
Vestiário de Barreira em Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, [406](#)
Vida no Trabalho, [406](#)
Vigilância Alimentar e Nutricional, [406](#)
Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, [406](#)
Vigilância de Saúde do Trabalhador em Estabelecimento de Saúde, [407](#)
Vigilância de Zoonoses em Estabelecimento de Saúde, [407](#)
Vigilância dos Óbitos Maternos, [407](#)
Vigilância e Prevenção do Óbito Infantil, Fetal e Materno, [411](#)
Vigilância em Saúde, [407](#)
Vigilância em Saúde Ambiental, [408](#)
Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), [408](#)
Vigilância em Saúde em Estabelecimento de Saúde, [410](#)
Vigilância Epidemiológica, [410](#)
Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH), [410](#)
Vigilância Sanitária, [411](#)
Vigilância Sentinel, [411](#)
Vigilância Sentinel da Influenza, [412](#)
- Vigilância, Monitoramento e Avaliação, [406](#)
VIGIPOS ver Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, [412](#)
Violência, [412](#)
Violência no Campo e na Floresta, [412](#)
VIR ver Veículo de Intervenção Rápida, [412](#)
VISAT ver Vigilância em Saúde do Trabalhador, [412](#)
Visita Aberta, [412](#)
Visita Técnica para Qualificação [da Participação Complementar], [412](#)
Voluntariado Informal, [413](#)
VR ver Valor de Referência [Programa Farmácia Popular do Brasil], [413](#)
Vulnerabilidade, [413](#)

