

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO - ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

OS CAMINHOS DA ALTA COMPLEXIDADE

NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

FLORIANÓPOLIS, JULHO 2003.

DANIELA CASTAMANN

**OS CAMINHOS DA ALTA COMPLEXIDADE
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela Professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira.


Prof. Krystyna Matys Costa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 10 / 04 / 2003

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 2003.

DANIELA CASTAMANN

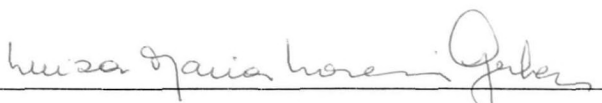
**OS CAMINHOS DA ALTA COMPLEXIDADE
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social** e aprovada, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA:

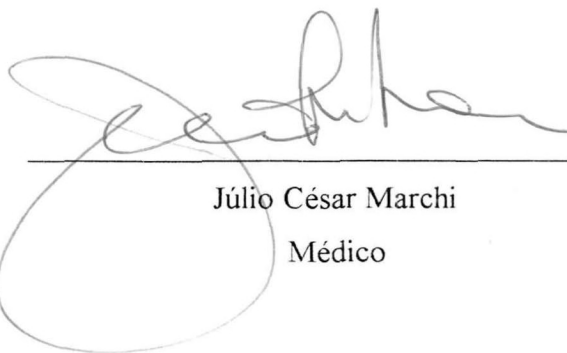


Professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira
Departamento de Serviço Social - UFSC
- Presidente -



Luiza Maria Lorenzini Gerber – CRESS/SC Nº 0968

Assistente Social do Hospital Universitário Polydoro Hernani de São Thiago



Júlio César Marchi
Médico

FLORIANÓPOLIS – 2003

Não há na história, na vida social, nada de fixo, de enrijecido, de definitivo. E não existirá nunca. Novas verdades aumentam o patrimônio da sabedoria, necessidades novas superiores são suscitadas pelas novas condições de vida; novas curiosidades intelectuais e morais pressionam o espírito e o obrigam a renovar-se, a melhorar.

A . Gramsci

AGRADECIMENTOS

Não sei se há alguma forma de poder agradecer as pessoas, pois tudo o que fazem ou deixam de fazer por nós, é movido por um sentimento: o amor. Por isso, os agradecimentos que ora faço, em pequenas palavras, só pode ser retribuído da mesma forma, com muito amor e reconhecimento a todos, que de uma forma ou de outra, contribuíram nesta minha caminhada.

A DEUS, pelo dom da vida.

Aos meus pais Ampélio e Maria, que não tiveram a oportunidade de estudar, porém sempre incentivaram suas filhas ao estudo. Por isso, essa conquista hoje também é de vocês. Mesmo com a distância geográfica, sabia que podia contar com o carinho e apoio de vocês. Principalmente com comida, né mãe!!! Sempre achando que passava fome.....quantas malas pesadas??!! Em que o peso delas faziam eu ficar uma semana dolorida....mas valia a pena.

Um reconhecimento e um carinho muito especial as minhas super irmãs e amigas do coração: Marcia, Claudia, Paula, que mesmo distantes sempre davam uma força; agüentavam os choros, lamentações e alegrias; A grande Laura; a convivência junto com você, nestes três anos e meio aqui em Florianópolis tornou as coisas muito mais fáceis para mim. Obrigada por tudo!!!

A Professora Vera, minha tutora quando bolsista do Programa Especial de Treinamento – PET, orientadora por um período do projeto de pesquisa que fiz parte, e por final minha orientadora neste trabalho. Obrigada pelos ensinamentos, pela força e paciência, dedicação e compromisso profissional em repassar o seu saber, saiba que você não foi somente uma professora, mas uma amiga.

A todos os professores do Departamento de Serviço Social, pelos seus ensinamentos. Um carinho especial à professora Ivete Simionatto que também foi minha orientadora no projeto de pesquisa em que eu era bolsista. Muito obrigada!!!!

A todas as Assistentes Sociais do HU/UFSC que me privilegiaram com seus ensinamentos, com sua amizade. Em particular a minha supervisora de estágio a assistente social Luiza Maria Gerber Lorenzini, pelo exemplo de comprometimento e dedicação profissional, além de grande amiga e companheira. Obrigada por todos os ensinamentos.

Agradeço a Universidade Federal de Santa Catarina, universidade PÚBLICA, GRATUITA, sem a qual não seria possível a realização desta etapa na minha vida. Ao CNPq, PET/SSO, que por ser bolsista de iniciação científica, contribuiu ainda mais para a minha formação acadêmica e para manter meus estudos.

A todas minhas colegas de curso, e aos meus colegas do CALISS da gestão “Saudações a quem tem coragem” os quais hoje são meus grandes amigos. Aprendi muito com vocês.

Por fim, tenho a fazer um agradecimento muito especial..... a minha segunda família. Pois dizem que os amigos são a família que podemos escolher. Fui muito feliz nesta escolha, pois conheci pessoas maravilhosas como você: Keli; Telma; Poty; Gi; Lidi. De cada uma de vocês levo alguma coisa: a Keli sempre bem humorada, super extrovertida, chama a atenção de todo mundo, mas não só pelo seu moletom amarelo e roxo (agora no final do curso), com suas congas “cor mostarda”, mas pela sua simplicidade de pessoa; a Telma, chama atenção de qualquer um, não só pelos seus cabelos e altura, mas pela pessoa decidida e pela sua competência com seus estudos, porém ninguém pode “pisar nos seus calos”; a Poty, a mais calma de todas, séria, do tipo de pessoa que sabe falar as coisas na hora e no lugar certo, mas a mineira também gosta muito de festa; a Gi, minha “companheira de Estado e de casa,” super dedicada, competente e comprometida com o

que faz, a “sensibilidade em pessoa”; a Lidi, também “companheira de casa”, extrovertida, gosta de uma festa, Lidi desculpe as recusas das festas, sempre levando a vida numa boa, sem muita preocupação. VOCÊS foram muito mais que colegas de curso e amigas, minhas companheiras de festas, das alegrias e tristezas durante estes quatro anos” de faculdade. Muito obrigada por tornar a minha vida mais feliz!!!!

Amigo

Eu já vou já vou amigo; Vou voltar pro meu rincão; Quem eu quero vai comigo; Dentro do meu coração; Eu já vou já vou amigo; Quem mais sente sofre mais; A saudade é um castigo; Pra quem fica e pra quem vai; E o caminho aonde eu sigo; Parece não voltar mais; Eu já vou mas volto amigo; Porque a estrada a gente faz.

Elton Saldanha

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso objetivou compreender como funciona a assistência à saúde no nível da alta complexidade, identificando o papel do Estado na garantia do direito à saúde. O processo de descentralização e regionalização exige um controle e uma regulação da assistência através de mecanismos normativos, operacionais e de financiamento, através da implantação de Centrais de Regulação estaduais e regionais e da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade. Com a finalidade de contribuir na reflexão do tema e buscar subsídios para a ação profissional. A proposta desta monografia está focada em dois princípios organizativos do Sistema Único de Saúde: a descentralização e a regionalização/hierarquização, por estarem diretamente relacionados com o objetivo da pesquisa de analisar a política de assistência à saúde na alta complexidade. Este estudo partiu da análise das portarias ministeriais sobre a política de alta complexidade em saúde. Observamos que estas se referem especificamente à questão financeira, na busca da racionalização dos gastos, não mencionando a responsabilização do Estado, enquanto prestador de serviços, mas sim como regulador do sistema. Constatou-se que a regulação do Estado está privilegiando o tecnicismo e a racionalidade de custos e não a garantia do direito à saúde, reduzida à capacitação técnica nesse nível de atenção.

Unitermos: Sistema Único de Saúde, Alta Complexidade, Regionalização, Hierarquização, Regulamentação

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Atenção de Alta Complexidade

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AIS – Ações Integradas de Saúde

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

APAC – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

BIRD/BM – Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CERTUS – Central de Regulação de Transportes e de Urgência Social

CES – Conselho Estadual de Saúde

CF – Constituição Federal

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIC – Cartão de Identificação do Contribuinte

CIT - Comissão Intergestores Tipartite

CM – Clínica Médica

CNCPAC – Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos de Alta Complexidade

CNCPAHC - Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade

CNRAC – Central Nacional de Regulação de Alta

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

CONASP – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CPF – Cadastro de Pessoa Física

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DECAS – Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas

DIAH – Diretoria de Assuntos Hospitalares

FAEC – Fundo de Ações Estratégica e Compensação

FAS – Fundo de Amparo Social

FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde

GEPAC – Gerência de Procedimentos de Alta Complexidade

GM – Gabinete do Ministro

GPAB – Gestão Plena da Atenção

GPBABA – Básica Gestão Plena da Atenção Básica - Ampliada

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

HU – Hospital Universitário

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões

IDS – Índice de Desenvolvimento Social

INAMPS – Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

LOS – Lei Orgânica de Assistência à Saúde

MC – Atenção de Média Complexidade

MC 2 - Média Complexidade 2

MC 3 - Média Complexidade 3

MC1 - Mínimo de Média Complexidade

MP – Medida Provisória

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Programa de Atenção Básica

PABA - Programa de Atenção Básica Ampliada

PACs – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCB – Partido Comunista Brasileiro

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PPI – Programação Pactuada Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

REFORSUS – Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SE – Secretaria Executiva

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIPAC'S – Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TFA – Teto Financeiro da Assistência

TFD – Tratamento Fora de Domicílio

TFECD - Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças

TRS – Terapia Renal Substitutiva

UF – Unidade Federativa

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO | 14 |
| 1 O PAPEL DO ESTADO COM A REFORMA | 25 |
| 1.1 BANCO MUNDIAL E A REFORMA ADMINISTRATIVA DO SISTEMA DE SAÚDE | 28 |
| 2 PRINCÍPIOS DO SUS E OS MECANISMOS REGULATÓRIOS DA DÉCADA DE 1990 | 36 |
| 2.1 DESCENTRALIZAÇÃO..... | 36 |
| 2.2 HIERARQUIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO..... | 48 |
| 2.2.1 Mecanismos de Regulação do Acesso aos Serviços..... | 62 |
| 3 A REGULAÇÃO DA ALTA COMPLEXIDADE | 68 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 95 |
| REFERÊNCIAS | 101 |
| FONTES DE PESQUISA | 108 |
| ANEXOS | 113 |

Nas primeiras décadas do século XX, o Estado não intervia no setor da saúde, apesar dos altos índices de mortalidade da população. Não existiam, no Brasil, hospitais públicos, mas apenas entidades filantrópicas ligadas às igrejas e mantidas por contribuições e auxílios governamentais. Os hospitais, que havia até então contavam apenas com o trabalho voluntário e assemelhavam-se a um depósito de doentes que ficavam isolados da sociedade para não contagiá-la (SCLIAR, 1987).

Nesse período, a intervenção do Estado na área de saúde pública estava fundamentada no modelo de polícia-médica ou sanitária alemã. Sendo este um modelo eminentemente autoritário e paternalista, preocupado sobretudo com aspectos legais da questão de saúde, sempre com base em leis e regulamentos resultantes da doutrina de governo, fortemente centralizadora, que correspondiam às necessidades da política econômica e da forma de administração dos Estados alemães. A proposta de polícia-médica referia-se a medidas como: prevenção de doenças contagiosas, à higiene pré-natal, à limpeza das ruas, à pureza do ar, ao combate ao charlatanismo e à assistência médica (SCLIAR, 1987).

O modelo médico-assistencial privatista foi gestando-se paralelamente a um movimento de crescente integração e universalização da política de saúde das CAPs da década de 1920. Com o crescimento da atenção médica-previdenciária, observou-se a redução progressiva das ações campanhistas, que acabou por consolidar e tornar hegemônico, na metade da década de 1960, o modelo médico-assistencial privatista.

Entretanto, o acelerado processo de industrialização e de urbanização gerou um contingente de trabalhadores, com suas famílias, que pressionavam por assistência médico-hospitalar. Essa pressão também ocorria por parte do empresariado, que exigia um trabalhador com plena capacidade produtiva (NOGUEIRA, 2002). A intervenção estatal no saneamento do espaço de circulação de mercadorias, até então objeto da saúde pública,

passou a se constituir uma ação secundária, pois o Estado passou a se preocupar agora com o corpo social da massa de trabalhadores, para garantir o desenvolvimento do país.

Os processos de modernização e os problemas deles derivados, com a expansão das enfermidades crônico-degenerativas, levaram as autoridades sanitárias a incluí-los em sua pauta. Nesse campo, a opção escolhida como política governamental via assistência-médica individual, inicia-se com a medicina previdenciária. Essa iniciativa foi uma das primeiras formas de regulação da mão-de-obra, através da intermediação estatal centrada na necessidade de garantir a reprodução da força de trabalho, sob o impulso e a pressão dos grupos organizados de trabalho, que se concentravam nos centros industriais em expansão (NOGUEIRA, 2002).

Segundo Nogueira (2002), no início dos anos 1960, ocorreu uma incipiente descentralização do sistema de saúde, com a criação das Secretarias Estaduais e Municipais. O público-alvo da intervenção do Estado era a população excluída do sistema securitário, que crescia rapidamente devido ao êxodo rural no período.

Com o golpe militar de 1964, houve várias mudanças nas políticas e na economia nacional.

Com o poder ditatorial, altamente repressivo, o governo refez o pacto entre a elite dirigente, dando um novo direcionamento nos investimentos, criando fundos específicos para financiar as políticas setoriais, interrompe-se o processo de descentralização, centralizando as decisões e inibindo qualquer manifestação de ordem democrática (NOGUEIRA, 2002, p. 146).

Em 1975, com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento - PND e criação do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, e com aprovação da Lei 6.229/75, criando o Sistema Nacional de Saúde, institucionalizou-se ainda mais o modelo médico-assistencial privatista, na medida em que estabeleceu responsabilidades ao Ministério da Saúde - MS, correspondentes a ações coletivas, ações de saúde pública, às populações de baixa renda, excluída do mercado formal de trabalho e,

ao Ministério da Previdência Social - MPAS, responsabilidades de assistência médica individual para a população inserida no mercado formal de trabalho.

Essa divisão, segundo Cohn (1991), acabou por consolidar a assistência médica como um direito contratual, compulsório e contributivo, contraposta à assistência médica pública ou filantrópica para a população mais empobrecida.

Nos primeiros anos da década de 1980, vivencia-se a crise financeira da Previdência Social. Esse contexto coloca em evidência a ampliação das políticas sociais, cada vez mais necessárias para o governo autoritário como estratégia para recomposição de sua base política, através da ampliação de cobertura de beneficiários, de forma contínua e sem a criação de novas fontes de financiamento (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

Também na saúde, intensificaram-se os movimentos de crítica ao modelo de saúde vigente, por parte de movimentos populares emergentes. Em 1980, o MS convoca e organiza, a VII Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema os Serviços Básicos de Saúde. Mesmo sem representação popular e com plenário restrito aos técnicos de saúde, em particular de saúde pública, e alguns nomes expressivos da medicina, a discussão central nos programas de extensão de cobertura de ações básicas de saúde permitiu uma ampliação do debate sobre a descentralização, tanto da assistência quanto organizacional, do modelo de atenção à saúde (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

A partir da aprovação, na VIII Conferência Nacional de Saúde, do projeto da Reforma Sanitária, dar-se-ia continuidade às resoluções emanadas dessa, através da formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, na luta pela implantação do projeto na esfera do governo. Com isso, as frentes de luta se deslocaram do campo social para o interior dos organismos de saúde (GERSCHMAN, 1995).

Em 1988, é aprovada uma nova Constituição Nacional, a qual incorpora as propostas do movimento sanitário. A saúde passou a integrar o tripé da Seguridade Social¹. Sendo definida como resultado de políticas sociais e econômicas, reconhecida como um direito do cidadão e dever do Estado, rompendo com o vínculo entre contribuição e acesso, deixando para trás o modelo excludente de seguro social, que até então imperava na Previdência Social e nas políticas sociais.

Estava criado, constitucionalmente, o SUS, que veio a ser regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. As leis expressam as conquistas preconizadas na Constituição, reiterando os princípios da Reforma Sanitária. Essa lei veio aprimorar o funcionamento do SUS, de acordo com os princípios que regem a Constituição, os quais estão divididos nos princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos.

Princípios éticos doutrinários

Os primeiros dizem respeito a: a) **universalidade** – entendida como a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão; b) **equidade** – a saúde deve ser redistributiva, com o objetivo de corrigir desequilíbrios sociais e regionais. Deve-se dar tratamento, ou melhor, prestar bens ou serviços de acordo com as necessidades e/ou de acordo com a complexidade que cada caso requeira, objetivando proporcionar uma maior uniformidade, seria como um tratamento desigual para situações desiguais; c) **integralidade** – direito das pessoas serem atendidas na sua totalidade, conforme suas necessidades. É "... 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" (BRASIL, 1990).

¹ Conforme o Art. 194 da Constituição da República Federativa do Brasil, "a seguridade social 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" (BRASIL, 2001, p.117).

Organizativo / Operacionais

Quanto à organização, o SUS define os princípios que devem ser cumpridos pelos gestores: a) **descentralização** – a gestão do SUS passa a ser de responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios. A redistribuição de recursos e responsabilidades entre as três esferas do governo, sendo que a União só deverá executar aquilo que os níveis locais e estaduais, não podem ou não conseguem atender; b) **regionalização** – refere-se à distribuição dos serviços, de modo a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade. Isso exige ações articuladas entre Estados e Municípios, sendo-lhes facultada a criação de consórcios; c) **controle social** – refere-se à obrigatoriedade de implantação e de funcionamento de Conselhos de Saúde nos três níveis do governo; d) **resolubilidade** – é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento de saúde, surge um problema de impacto coletivo, o serviço correspondente deve estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência.

Assim, as ações e serviços públicos de saúde passaram a ser providos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, integrados numa rede regionalizada e hierarquizada, pautadas nas seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Um dos avanços mais significativos da implantação do SUS, nos anos de 1990, foi a ampliação do acesso aos serviços de saúde, como resultado, principalmente, do intenso processo de descentralização político-administrativa, orientado, em grande parte, pelas Normas Operacionais - NOB-SUS, editadas pelo Ministério da Saúde.

A partir de 1998, com a implantação da NOB- SUS 01/1996, observaram-se mudanças importantes relacionadas à estruturação da atenção básica a ampliação e organização da rede de serviços públicos.

Com os avanços e limitações da descentralização, nos anos 1990, através das mudanças introduzidas pela NOB-SUS 01/1996, torna-se evidente a necessidade de

aumentar a articulação entre os sistemas municipais de saúde e de fortalecer as Secretarias Estaduais de Saúde na sua função reguladora, buscando assegurar a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas. Dessa forma, a regionalização passou a ter um importante destaque no debate setorial a partir do final da década de 1990. O Ministério da Saúde procurou, então, criar estratégias e instrumentos voltados para o fortalecimento da gestão pública do SUS, para a organização da atenção à saúde, com o objetivo de garantir a melhoria do acesso e da qualidade das ações de saúde, para o estabelecimento de diretrizes organizativas para consolidação da regionalização e hierarquização do sistema. As duas linhas de ação estratégica adotadas são caracterizadas em: a ampliação da atenção básica e a regionalização e organização da assistência à saúde.

A ampliação da atenção básica, centra-se na identificação do conjunto de ações necessárias para prover uma atenção resolutiva e de boa qualidade aos problemas de saúde mais frequentes na maior parte do território brasileiro, assegurando o acesso a essas ações a menor distância possível dos usuários (BRASIL, 2002). UBS - PSF

A regionalização, visa promover um planejamento integrado, que permita a conformação de sistemas de saúde articulados e cooperativos, dotados de mecanismos de comunicação e de fluxos de relacionamento, que garantam o acesso dos usuários aos serviços de diferentes níveis de complexidade, exigidos para a resolução de seus problemas de saúde e, ainda, a otimização dos recursos disponíveis (BRASIL, 2002). Convém ressaltar também, que com o estabelecimento da Norma Operacional de Assistência a Saúde - NOAS-SUS 01/2001 e da NOAS-SUS/2002, as mesmas trouxeram novas mudanças na estrutura do funcionamento do SUS, principalmente com relação à regionalização.

Partindo desse contexto, esta monografia é resultado de um interesse em compreender como funciona a assistência à saúde na alta complexidade, identificando o

papel do Estado na garantia do direito à saúde, visto que o processo de descentralização e regionalização exige um controle e uma regulação da assistência através de mecanismos normativos, operacionais e de financiamento destinados à implantação de Centrais de Regulação estaduais e regionais e da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade

Com a finalidade de contribuir na reflexão do tema, a proposta desta monografia está focada em dois princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, a descentralização e a regionalização/hierarquização, por estarem diretamente relacionados com o objetivo da pesquisa de analisar a política de atendimento de saúde na alta complexidade.

O interesse pelo tema partiu da prática do Estágio Curricular Obrigatório, da sétima fase do Curso de Graduação em Serviço Social, no Hospital Universitário Polydoro Hernani de São Thiago - HU, na Clínica Médica II - CM II, estendendo-se, também, à Clínica Médica I - CM I, junto ao Programa de Internação Hospitalar, nos períodos de vinte e quatro de setembro a vinte de dezembro de dois mil e dois e de seis de janeiro a vinte e oito de fevereiro de dois mil e três. A CM II, onde foi realizada a maior parte do estágio, conta com trinta leitos, distribuídos nas especialidades de: Cardiologia, Neurologia, Endocrinologia, Hematologia e Clínica Geral.

No estágio, fazia-se necessário obter conhecimento sobre a dinâmica do SUS, visto que muitos pacientes eram referenciados de todos os municípios do Estado para o HU. E muitos procedimentos e/ou encaminhamentos eram contra-referenciados, solicitação de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade - APAC, Tratamento Fora de Domicílio -TFD. Tais procedimentos rotineiros aguçaram meu interesse em estudar a política de alta complexidade, visto as questões que apareceram.

Durante a intervenção profissional supervisionada, muitos pacientes relatavam a demora no atendimento para um centro de referência de maior nível, no caso o hospital, em

que eram referenciados de postos de saúde e acabavam por procurar diretamente pelo atendimento hospitalar. Afirmando que o seu estado de saúde já não era mais caso de atenção primária, "caso para posto de saúde", por isso, procuravam diretamente os hospitais; outros pacientes eram referenciados de outros hospitais; muitos vinham encaminhados da própria emergência do HU ou diretamente dos ambulatórios. Percebemos, então, que a emergência, muitas vezes, tornava-se a porta de entrada para o atendimento no sistema. Porém, também identificou-se que alguns pacientes internados haviam conseguido vaga de internação através de encaminhamentos particulares dos próprios médicos, que os atendiam em clínicas e hospitais particulares, e quando os pacientes necessitavam de algum procedimento mais oneroso, que não poderiam pagar, pela falta de poder aquisitivo ou o plano de saúde não cobria tais procedimentos, assim alguns médicos, os encaminhavam para o hospital, no caso, o HU. Ressaltamos que a saúde é um direito universal, e todos os cidadãos tem o direito de ser atendidos pelo SUS, entretanto, questionamos que esse tipo de encaminhamento não é coerente com o processo organizacional do sistema, ferindo os princípios do SUS.

Convém ressaltar que este trabalho não visa entender a relação público/privado, mas, sim, objetiva compreender como ocorre a política de alta complexidade, e qual é o papel do Estado frente à descentralização, influenciada também pelas diretrizes das agências multilaterais, destacando-se, entre elas, o Banco Mundial.

Frente à descentralização, hierarquização/regionalização do sistema, ganha destaque a regulação da assistência à saúde, na medida em que os serviços, no caso da alta complexidade, não estão disponíveis em todos os municípios e a definição do fluxo de referência e contra-referência de pacientes tem expressiva importância na organização da assistência prestada. Por isso, faz-se necessário haver a regulação do sistema, através de uma estreita articulação com a regionalização, cadastramento e contratação dos serviços,

programação e as atividades de controle e avaliação, possibilitando a garantia do direito à saúde.

Portanto, não discutiremos as ações do Serviço Social na alta complexidade, porém acreditamos que essa discussão seja relevante na medida em que o assistente social, ocupa a quarta posição no mercado de trabalho no setor da saúde (COSTA, 2000).

Convém ressaltar, também, que o interesse pelo tema partiu dos estudos realizados na pesquisa Direito à Saúde², que evidenciam o quanto as políticas de saúde estão sendo influenciadas diretamente pelos organismos internacionais, a partir da Reforma do Estado, as quais configuram a nova função do Estado.

A regulação do sistema deveria ter como objetivo principal a elevação da qualidade do atendimento, e a distribuição das responsabilidades e os fluxos da dinâmica do sistema SUS. A influência do Banco Mundial, entretanto, se faz presente ao propor a subordinação da regulação aos aspectos gerenciais e financeiros, como uma das formas de racionalizar os custos orçamentários com a saúde.

Sendo assim, apresentamos os três capítulos que fazem parte da monografia, que foram organizados da seguinte forma:

No primeiro capítulo, tratamos de descrever sobre a Reforma do Estado e a influência das agências internacionais, especificamente do Banco Mundial nas políticas de saúde no Brasil, as quais vão incidir na reformulação dos valores e princípios que orientam, a política de saúde sobre a organização do SUS e da responsabilidade do Estado.

² Bolsista de Iniciação Científica do Projeto Direito à Saúde: Discurso, Prática e Valor. Uma análise nos países do Mercosul, financiado pelo CNPq – Plano Sul de Pesquisa e Pós-Graduação. Tendo como objetivos: conhecer e identificar as formulações legais existentes nos países do Mercosul, em relação a diferentes setores da saúde e a concepção de direito que sustenta tais leis tanto no seu aspecto amplo como específico, e em que medida vem ocorrendo as alterações nas Constituições e Legislações de saúde decorrentes dos processos da Reforma do Estado e a sua incidência sobre o direito à saúde; e identificar se os discursos sobre o direito à saúde, as propostas e práticas implementadas sinalizam para uma nova contratualidade entre o Estado e a sociedade civil (UFSC, 2002).

No segundo capítulo, apresentamos a organização dos serviços do SUS, que passa a ser influenciado pelas políticas de Reformas, em que destacamos os princípios de descentralização e regionalização/hierarquização, por entendermos que o processo de atendimento nos três níveis de assistência à saúde estão intrinsecamente ligados ao mesmo, repercutindo, também, no papel do Estado nas políticas de saúde.

No terceiro capítulo, descrevemos sobre a política da alta complexidade.

Por fim, apresentamos as considerações finais da monografia, colocando algumas contribuições e sugestões sobre o tema, abordando também as limitações do trabalho.

1 PAPEL DO ESTADO COM A REFORMA

A crise do Estado brasileiro começou a manifestar-se nos anos 1970, ficando mais visível na segunda metade da década de 1980, materializando a crise fiscal no esgotamento da estratégia econômica de substituição de importações e na deteriorização do aparelho do Estado. Segundo Mendes (1999), essa crise apresentou-se sobre quatro dimensões: a crise fiscal, pela perda do crédito público e pela poupança pública negativa; a crise do modo de intervenção estatal, pelo esgotamento do modelo protecionista de substituição de importações e pelas dificuldades em criar um Estado de Bem-Estar Social no país; a crise do aparelho estatal, pelo enrijecimento burocrático extremado e pela apropriação clientelista e corporativa; a crise política, pelo esgotamento do pacto burocrático capitalista que sustentou o regime autoritário.

A resposta a essa crise política aconteceu com a redemocratização de 1985, consolidada pela Constituição de 1988. Porém, as crises fiscais do modo de intervenção do Estado não foram resolvidas pelo regime democrático.

Essas crises, juntamente com as influências das agências internacionais, repercutiram na Reforma do Estado brasileiro, a qual propõe:

Um Estado mínimo com privatização acelerada e incentivo a mecanismos de regulação do mercado, o modelo neoliberal; por outro o modelo da reconstrução do Estado, que enfrenta o desafio do déficit público, implementa reformas econômicas orientadas para o mercado, muda as políticas sociais para melhorar sua qualidade e moderniza o aparelho do Estado para aumentar a capacidade de implementar as políticas públicas" (MENDES, 1999, p.65).

Nessa perspectiva, Mendes (1999) coloca que, enquanto o primeiro modelo tem como prioridade a redução das funções do Estado, o segundo vem questionar a necessidade de um Estado mais forte, comprometido com as políticas públicas. Segundo o autor, o Brasil resolveu "adotar" (grifo do autor) o primeiro modelo, havendo uma redução

dos investimentos da área social, diminuindo o papel do Estado e fortalecendo as ações da iniciativa privada.

{ Para o Banco Mundial, o Estado não irá mais ser o executor de serviços públicos, mas passará a exercer o papel de regulador e promotor das políticas públicas, devendo estabelecer suas funções de acordo com sua capacidade, buscando, na iniciativa privada, a complementaridade necessária para a execução dessas políticas. } Sendo assim, o Estado atenderia apenas a classe mais vulnerável para reduzir a pobreza e as desigualdades, e a iniciativa privada apareceria como uma nova alternativa na execução de políticas públicas.

O Banco Mundial expressa a sua concepção de políticas públicas, entendidas como forma de assegurar que o crescimento seja compartilhado por todos e contribua para reduzir a pobreza e a desigualdade”, devendo os governantes atribuir aos setores sociais fundamentais. Tal orientação fortalece o papel compensatório das políticas públicas retirando o seu caráter universal, assumindo uma perspectiva focalista na medida em que visa atender os segmentos populacionais mais vulneráveis (SIMIONATTO, 1999, p.14).

A ineficácia das políticas sociais e a crença de que essas questões beneficiam os estratos de maior rendas são os suportes que o Banco Mundial utiliza para defender a redução do gasto público, a necessidade de ampliar a privatização, racionalizar custos, aumentar a eficácia e, portanto, a equidade do gasto social (COSTA, 1998).

Apesar do Brasil nunca ter tido um Estado de Bem-Estar Social, algumas políticas públicas universais, principalmente no âmbito da Seguridade Social, vêm sofrendo mudanças básicas, colocando os direitos sociais em questão.

{ Os programas de ajuste estrutural das agências multilaterais, principalmente do Banco Mundial - BM e do Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID, na década de 1990, fundamentaram-se em três elementos básicos: “a contenção da demanda, pela redução dos gastos públicos; a realocação de recursos, visando gerar superávits na balança

comercial; e reformas nas políticas, para aumentar a eficiência, a longo prazo, do sistema econômico” (COSTA, 1998, p.132).

* Para Costa (1998), as principais características gerais das Políticas Sociais seriam, portanto baseadas na: [Condições gerais das PS em relação aos org. sociais]

* a) Focalização: os gastos em investimentos em serviços públicos devem concentrar-se nos setores de extrema pobreza, cabendo ao estado participar apenas residualmente da esfera pública, redirecionando o gasto social e concentrando-o em programas destinados aos segmentos pobres e carentes; [-> Políticas Focadas]

* b) Descentralização: busca redirecionar as formas de gestão e as transferências das decisões da esfera federal para os estados e municípios, buscando combater a burocratização e a ineficiência do gasto social. No nível local, inclui, também, a participação das organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e empresas privadas; [Descentralização do gasto para municípios]

* c) Privatização: pressupõe o deslocamento da produção de bens e serviços da esfera pública para o setor privado lucrativo, ou seja, o mercado. [Políticas de privatização]

No Brasil, percebemos a influência das agências internacionais, através das orientações normativas na área econômica, voltadas para o ajuste fiscal, e, na área social, através da diminuição da intervenção do Estado e da sua orientação para o mercado.

[Entre as influências explícitas nas diretrizes da Reforma do Estado, destacam-se: a) a delimitação do tamanho do Estado reduzindo suas funções através da privatização, terceirização e publicização, o que envolve a criação das organizações sociais; b) a redefinição do papel regulador do Estado, e através da desregulamentação; c) o aumento da governança, ou seja, a recuperação da capacidade financeira e administrativa de implementar decisões políticas tomadas pelo governo, através do ajuste fiscal; d) o

Outros aspectos da reforma do Estado

aumento da governabilidade ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade e poder governar.

Essas diretrizes gerais irão repercutir de forma intensiva no setor da saúde, segundo o objetivo da reforma, que é de "garantir um melhor atendimento ao cidadão, através de um controle mais adequado do sistema, que garanta menores custos e melhor qualidade dos serviços pagos pelo Estado" (BRASIL, 1998, p.10).

1.1 BANCO MUNDIAL E A REFORMA ADMINISTRATIVA DO SISTEMA DE SAÚDE

Através da Reforma Administrativa do Estado, percebemos que, cada vez mais, os governos nacionais estão sendo influenciados nas políticas públicas pelas políticas supranacionais.

O Banco Mundial é um dos grandes articuladores da reforma na área da saúde, visto que o seu envolvimento internacional com a área da saúde foi definido para apoiar projetos de saúde que pudessem servir aos interesses instrumentais do Banco em ampliar a sua missão no ajuste estrutural (COSTA, 1998). Este acompanhou o desenvolvimento do setor de saúde brasileiro nos anos 1980, em especial, do projeto universalista que definiu a oferta integral de procedimentos e serviços para todas as necessidades de saúde da população (COSTA, 1996). O mesmo procurou agilizar-se, buscando subordinar os gastos de saúde ao sucesso do ajuste estrutural e delimitar as ações do Estado.

Desde as décadas de 1980 e 1990, o Banco Mundial vem influenciando na definição da agenda das políticas sociais brasileiras. A reforma da política social proposta por este organismo internacional sugere uma agenda centrada em quatro pontos: a)

aumento da focalização do gasto público, incluindo a cobrança dos que podem pagar por certos benefícios e o estímulo à oferta pelo setor privado de certos serviços; b) descentralização da execução dos programas sociais para Estados e governos locais; c) eliminação de qualquer vinculação de fonte e *payroll taxes*; d) fortalecer o papel do Governo Federal no controle de qualidade e provisão de informação ao consumidor (COSTA: 1998).

O Banco reafirma que a ineficiência do sistema de saúde, no Brasil, acentua-se pelos crescentes gastos em saúde e indica a racionalização dos cuidados médicos e na sua aplicação, pois, além de serem excessivos, não atingiriam as regiões e os grupos sociais mais pobres. O mesmo critica o modelo de assistência hospitalar, o qual diz ser ineficaz na especialização do cuidado ambulatorial, com a incorporação de procedimentos de alta tecnologia, não investindo em prevenção. Por isso, o Banco Mundial pontua que a focalização das políticas sociais deve ocorrer no Brasil por três motivos: Primeiro, pelos altos subsídios a programas que não atingem os pobres; segundo pelos altos subsídios a políticas que são usufruídas, primeiramente, pelas classes médias e ricos em comparação aos programas que mais atingem aos pobres; e, por último, pelo fracasso em alcançar os mais pobres e necessitados.

Costa (1998) cita os três eixos centrais para as políticas de saúde definidas no Relatório do Banco Mundial de 1993:

a) Criar políticas para possibilitar às famílias a melhoria da saúde, adotando políticas de ajustamento que preservem a efetividade das despesas de saúde em relação ao seu custeio, à expansão da instrução formal e à ampliação do status político e econômico da mulher;

b) Melhoria nos gastos do governo na saúde, com a redução dos investimentos em atenção primária de alto custo, garantindo a melhoria dos serviços públicos;

c) Promover a diversidade e a concorrência, estimulando a participação da iniciativa privada na oferta de serviços clínicos excluídos da função básica do Estado.]

Segundo Costa (1998), considerando as orientações do Banco Mundial, temos duas clivagens na agenda de reforma da saúde: a saúde pública e serviços clínicos básicos para pobres e os serviços terciários para a classe média e ricos, os quais podem pagar pelos serviços. Assume-se o falso pressuposto de que as necessidades de cuidados clínicos dos pobres podem ser totalmente contempladas com uma cesta simplificada de programas de saúde e serviços clínicos, porque os agravos de maior complexidade seriam típicos das camadas ricas e da classe média, ao passo que os pobres permaneceriam expostos a doenças infecciosas e parasitárias. Porém, sabemos que as epidemiologias das doenças podem atingir qualquer pessoa, nos seus diversos níveis de complexidade, independentemente da classe social em que a pessoa esteja inserida.

Portanto, ao analisarmos a Reforma Administrativa do Sistema de Saúde no Brasil, percebemos que a mesma está seguindo rigidamente as políticas do Banco Mundial, causando graves impactos no Sistema Único de Saúde, o qual está ainda em fase de construção, e vem sofrendo um gradativo desmonte em referência a sua política, aos seus princípios de: universalidade de cobertura, atendimento integral, equidade, descentralização dos serviços para os Estados e Municípios, e também, nas unidades sistêmicas entre as ações de saúde nas três esferas do governo, na participação complementar do setor privado na oferta de serviços, no equilíbrio entre as ações de promoção, proteção e de recuperação da saúde e na participação comunitária e controle social dos Conselhos de Saúde.

A política do SUS também está sendo utilizada de forma distorcida da qual a própria reforma da saúde coloca como pressuposto, porém sabemos que com outra lógica. Os pressupostos da reforma da saúde são os seguintes:

- a) pressupõe que a descentralização permite um controle muito melhor da qualidade e dos custos dos serviços prestados;
- b) a descentralização favorece o controle social por parte da comunidade atendida pelo serviço, tornando-o duplamente efetivo;
- c) a separação operacional entre o Subsistema de Entrada e Controle, para a solução de problemas mais simples em nível de indivíduo e da família e o Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar permite o surgimento de mecanismos de competição administrativa entre ambulatorios e hospitais referência;
- d) o sistema de encaminhamento via posto de saúde e clínicos gerais diretamente controlados pelo poder público evitará grande quantidade de internações hospitalares desnecessárias;
- e) responsabilidade fiscal das Prefeituras e responsabilidade dos Conselhos de Saúde, a auditoria permanente realizada em nível municipal será mais eficiente e oportuna, fortalecendo a auditoria complementar exercida pelos poderes federal e estadual;
- f) participação e controle social em nível municipal passam a ser mais efetivos a medida que asseguram o acesso ao direito dos usuários ao sistema de controle;
- g) controle fortalecido pela montagem dos Conselhos Municipais de Saúde (BRASIL, 1998, p.11).

Para que esse objetivo da Reforma seja alcançado, a mesma pontua três estratégias (BRASIL, 1998):

- Descentralização: nas atribuições e no poder de decisão das diferentes esferas do governo;
- Sistema de Atendimento à Saúde: na montagem de um sistema em nível nacional, estadual e municipal, o qual é constituído de dois subsistemas: a) subsistema de entrada e controle - destinado a problemas mais comuns de saúde, com integralidade das ações básicas de saúde; b) subsistema de referência ambulatorial e hospitalar – compete a este, também, o encaminhamento para atendimentos de níveis maiores de complexidade e de especialização na rede ambulatorial de referência e nos hospitais.

Nessa estratégia, pontua-se que os hospitais estatais deverão ser, em princípio, transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não estatais de direito privado, com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo e, assim, participar do orçamento público nos três níveis de governo. Depois, coloca que a publicização não integra a Reforma Administrativa ora proposta, porém

afirma que os hospitais universitários e os hospitais que tenham papel relevante na pesquisa médica deverão continuar a ter prioridade por parte do Estado e receberão como organizações sociais, além das receitas provenientes dos serviços contratados pelos dois subsistemas. Estimulando a iniciativa privada a estabelecer convênios para ficarem isentas de impostos. Esta última parte parece contraditória, no que diz respeito à privatização dos leitos nos hospitais universitários.

- Sistema de informação em saúde: visando acompanhar os resultados das ações dos dois subsistemas conectados em rede, com capacidade de controlar despesas, gerar indicadores para a vigilância sanitária e epidemiológica, avaliar a qualidade e medir os resultados alcançados.

A reforma utiliza-se do princípio de integralidade do SUS, que seria sua base, para justificar a sua implementação, visto que o mesmo não seria definido apenas como a redução das atividades assistenciais, mas, sim, garantindo políticas econômicas e sociais que reduzissem os riscos à saúde e que assegurassem uma melhor qualidade de vida. E tendo como objetivo a garantia de um melhor atendimento ao cidadão, através de um controle mais adequado do sistema que garanta menores custos e melhor qualidade dos serviços pagos pelo Estado, pois somente com a racionalidade dos gastos, é possível maximizar os recursos, garantindo a qualidade do sistema, evitando serviços desnecessários, como, no caso, o atendimento hospitalar, que pode ser evitado se houver políticas voltadas para a atenção básica.

{ A proposta da Reforma também está fundamentada nas medidas preventivas de promoção e proteção à saúde, cujo documento da Reforma especifica que o problema da assistência ambulatorial e hospitalar é a baixa qualidade dos serviços, que não estão disponíveis à população nem em qualidade nem em quantidade. As pessoas têm que ficar por horas nas filas, e os serviços muitas vezes, por ser tão precários não oferecem

condições de resolubilidade. } Esta é uma razão pela qual os sistemas privados de medicina de grupo, os convênios, estejam cada vez mais sendo procurados, financiados individualmente ou pelas empresas, porém, não está explícito que o governo também financia esses sistemas privados. O setor público compra os serviços de hospitais e clínicas privadas, e o setor privado se expande cada vez mais, através dos planos e seguros de saúde. No fim, o espaço privado acaba sendo utilizado pelo setor público estatal, porém é este último que sustenta o primeiro para oferecer os serviços, mas este não é oferecido de forma igualitária, acarretando uma discriminação dos usuários públicos.

Podemos destacar que muitas instituições privadas que atendem pelo SUS fazem uma diferenciação entre os usuários do SUS e aqueles que possuem planos de saúde privados. Pode-se dizer que, em muitos casos, ocorre uma discriminação dos usuários do setor público. Profissionais da saúde acabam dando preferência aos convênios privados, pois a remuneração do ato médico é muito mais alta, o pagamento é mais rápido e os usuários são mais exigentes, uma vez que estão pagando pelos serviços e vêem o atendimento de qualidade como um direito, diferentemente dos usuários do SUS, que recebem o atendimento à saúde como um favor, uma doação do Estado. Cria-se uma ideologia de que os serviços oferecidos pelo SUS são precários, de má qualidade, onde nem todas as pessoas têm acesso, e a solução seria, procurar pela iniciativa privada.

Segundo Nogueira (2001), devido às mudanças introduzidas pela Reforma do Estado, iniciada em 1995, no âmbito do SUS, o efeito maior repercutiu na separação entre gestão e execução dos serviços de saúde. Alterações estas causadas muito mais por conta de ajustes que são realizados espontaneamente pelos dirigentes, ao buscarem desincumbir-se, o melhor possível, de suas tarefas diante das forças postas em ação pelas tendências de uma nova economia. Assim, temos múltiplos arranjos institucionais flexíveis, que estão dentro de uma conjuntura geral de desregulação da economia nacional e, especialmente,

do mercado de trabalho, mas que, de fato, não obedecem às regras oficiais concebidas na Reforma Administrativa.

Quanto à relação contratual entre autor e executor, esta não envolve cláusulas referentes a metas de produtividade ou a objetivos sanitários a serem alcançados, pelos os hospitais contratados, que apenas prestam um serviço em pleno usufruto de instalações, e equipamentos e insumos da esfera pública. Mas, sim, refere-se à autorização para a prestação dos serviços e sobre o repasse financeiro. Por isso, a necessidade de controle, e avaliação dos serviços prestados. Pois, com essa separação entre o prestador de serviços e a função de direção e regulação, no caso, o contratante, o Estado, não se cria um modelo universal, mas, sim, um modelo fragmentado.

CAPÍTULO II

2 PRINCÍPIOS DO SUS E OS MECANISMOS REGULATÓRIOS NA DÉCADA DE 1990

2.1 DESCENTRALIZAÇÃO

Os objetivos propostos para este estudo exigiram uma revisão mais detalhada dos princípios do SUS, no sentido de que a análise dos mecanismos regulatórios incidem, tanto positiva quanto negativamente, sobre os mesmos.

Deve-se lembrar que a Constituição Federal, no cap. II, seção II, art. 198 coloca:

Princípio Integral

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado e acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade (BRASIL, 2001, p.115).

Igualmente, a Lei Orgânica da Saúde, no cap. II, define que as ações e serviços de saúde devem integrar redes regionalizadas e hierarquizadas, e que a assistência à saúde deve ser organizada em níveis crescentes de complexidade, conforme aponta o Art. 7º:

IX – descentralização política-administrativa, com direção única em cada esfera do governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

Art. 8º - As ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990a).

A descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades referentes às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. A gestão dos serviços, com comando único em cada esfera administrativa, significa que apenas um gestor público assumirá a responsabilidade de execução da política de saúde no nível federal (Ministério da Saúde), no nível estadual (a Secretaria Estadual de Saúde), e em

cada município (a Secretaria Municipal de Saúde), com atribuições específicas para cada um deles.

Portanto, a gestão do SUS é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que utilizam vários instrumentos de gestão, objetivando garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde. Porém, há instrumentos de Gestão em Saúde Locais, específicos de cada esfera do governo, que coexistem e concorrem para a articulação das três esferas gestoras do SUS, garantindo o funcionamento de um sistema de saúde nacional.

O eixo central da gestão de saúde está na descentralização do sistema de saúde, que traz consigo uma discussão muito conflituosa, já que a reforma da saúde está centrada na municipalização, através do fortalecimento do sistema de atendimento básico municipal, que será a "porta de entrada" obrigatória na rede hospitalar, e da transferência para os municípios do controle dos serviços prestados pelos hospitais e ambulatórios especializados

→ Como foi descrito no documento de 1992. Não há mais

[O processo de descentralização foi desencadeado pelas Normas Operacionais Básicas do SUS - NOB-SUS 1991, em especial das NOB-SUS 1993 e 1996, tendo, também, como um de seus propósitos: promover a integração de ações entre as esferas de governo e regular a transferência, para os Estados e, principalmente, para os Municípios, de um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, anteriormente concentradas no nível federal.]

Esse processo pode ser demarcado por dois momentos distintos: o primeiro movimento de descentralização do sistema pautou-se pela implantação dos dispositivos normativos contidos na NOB-SUS 01/1993, que só tratavam da assistência; e o segundo momento, na NOB-SUS 01/1996, que abordava a descentralização da assistência, vigilância sanitária, epidemiologia e controle de doenças.

✕ Em 1993, foi editada a NOB-SUS 01/1993 (Portaria/MS n.º 545 20/05/1993), para normatizar a decisão de se cumprir ou se fazer cumprir a lei em relação à descentralização dos serviços de saúde. Criaram-se as Comissões Intergestores Bipartites³ e Tripartite⁴, estabelecendo normas de transferência de recursos fundo a fundo, com base nos três diferentes níveis de gestão. Essas comissões favoreceram a unicidade e a organicidade ao SUS nas três esferas de governo.

A NOB-SUS 01/1993 trouxe grandes avanços para o processo de descentralização, porém continha muitas falhas, principalmente com relação ao papel do Estado, pois a descentralização privilegiava fundamentalmente as relações entre União, por meio do Ministério da Saúde, e os Municípios, comprometendo mais uma vez a unicidade do sistema de saúde.

A implantação dessa NOB teve como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, na perspectiva de construção do SUS, visto este ser um processo continuado. A diretriz de descentralização das ações e serviços em saúde vinha assumindo dimensões bastante complexas, por isso, estabeleceram-se como pressupostos da mesma:

- a) a descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas do governo; reorganização institucional; reformulação de práticas e controle social;
- b) a descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão construir a base de legitimação das decisões;

³ Comissão Intergestores Bipartite – CIB, composta paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Cada Estado contará com uma CIB, cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador (BRASIL, 1993, p.14).

⁴ Comissão Intergestores Tripartite - CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde - MS, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais - CONASEMS (BRASIL, 1993, p.14).

- c) o estabelecimento desta nova prática requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social;
- d) o financiamento das ações de saúde é responsabilidade a ser compartilhada pelas três esferas de governo, que devem assegurar, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos fundos de saúde;
- e) a transformação do sistema de saúde não comporta rupturas e bruscas que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem as novas, impondo, por isso, um período de transição, no qual medidas de caráter inovador devem atingir todos os estados e municípios em intensidade compatível com sua própria capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população;
- f) o objetivo último da descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência *integral universalizada, regionalizada e hierarquizada* e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema;
- g) a regionalização não pode ser entendida como a criação de uma instância intermediária com autonomia e relacionamento direto com as esferas estadual e federal e sim como uma articulação e mobilização municipal que leva em consideração características geográficas, fluxo de demanda, e perfil epidemiológico, oferta de serviços e acima de tudo a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. (BRASIL, 1993).

Mesmo com a implementação da Norma Operacionais Básica – NOB-SUS essa regulamentação não era cumprida. Por exemplo: a NOB-SUS/1991 que previa a formalização de convênios entre o então INAMPS e os Estados, bem como acordos com os municípios dotados de conselho, plano e fundo de saúde, nos quais foram estimuladas as transferências de unidades do INAMPS para as secretarias estaduais e municipais de saúde. Os mesmos eram tratados como meros prestadores de serviços na medida em que os pagamentos eram feitos pelo INAMPS, com base na produção de serviços, o que gerou margem para inúmeras fraudes, financiando produtos e serviços e não a promoção de saúde de acordo com a demanda da sociedade. Não havia controle, o que colocava em comprometimento a implementação do SUS, não havendo, portanto um sistema único em saúde.

[Esse cenário desencadeou muita discussão nos fóruns de saúde quanto às mudanças na implementação do SUS, as quais resultaram numa nova Norma Operacional Básica – NOB-SUS 1996 (Portaria/MS 2.203 de 6/11/1996), sendo que suas determinações só vieram a ser implementadas no início de 1998.]

→ A NOB 1996, trouxe muitas inovações e aperfeiçoamentos ao estabelecer a Programação Pactuada Integral - PPI⁵, criar o Piso Assistencial Básico (PAB), prever novas formas de gestão para Estados e Municípios, principalmente no controle da transferência fundo a fundo, além de redefinir as atribuições de cada nível de governo para com a gestão do SUS e de dar atenção especial ao controle, avaliação e auditoria do sistema, havendo, também, uma maior preocupação em relação ao processo de descentralização.

O período de implementação da NOB-SUS 01/1996, compreendido entre os anos de 1998 e 2000, foi marcado por uma série de avanços importantes no processo de descentralização do SUS, destacando-se:

- No âmbito do financiamento:

[- a implantação do Piso de Atenção Básica – PAB, fixo para o financiamento das ações de atenção básica, representando, pela primeira vez, a introdução de uma lógica *per capita* no SUS, o que foi um avanço no sentido da superação dos mecanismos de pós-pagamento;

- a adoção de incentivos específicos para áreas estratégicas e o aumento expressivo de transferência fundo a fundo do nível federal para Estados e Municípios.

⁵ "A PPI, envolve atividade de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual" (BRASIL, NOB-SUS, 1996).

- 177 Avaliação sobre Gestão PAB*
- No âmbito do modelo assistencial e da organização dos serviços:
 - a expansão da estratégia de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde;
 - a implementação de experiências inovadoras de atenção no âmbito local, além dos avanços na organização da atenção básica e na organização de redes de referência em vários municípios e estados.

• No âmbito da gestão:

- - os municípios foram habilitados de acordo com as condições de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica⁶ e Gestão Plena do Sistema Municipal⁷, passando a constituir-se em gestores do SUS;

Gestão Plena do Sistema Municipal

⁶ Os municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica tem como responsabilidade: “elaboração da programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da posposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual; gerência de unidades ambulatoriais próprias, gerência de unidades ambulatoriais do Estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades; reorganização das unidades sob gestão estatais, conveniadas e contratadas, introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários dos SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços; prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestadores aos seus municípios, conforme PPI, medido pela relação gestor com a SES e as demais SMS; contratação controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB; operação do SAI/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional; autorização desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município que continuam sendo pagos por produção de serviços; manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS; avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde dos municípios e sobre o seu meio ambiente; execução das ações básicas de vigilância sanitária; execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças - TFECD; elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS” (BRASIL, 1996, p.25-26). Maiores informações sobre requisitos e prerrogativas, consultar NOB/SUS 1996.

⁷ Os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema serão responsáveis por: “elaboração de toda a programação municipal, contendo inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual; gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares do Estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades; reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços; garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência

- uma intensa transferência de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para municípios e estados

→ Através do processo de descentralização, foi ampliada a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização do sistema em todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora das SESs.

→ A organização do SUS define, ainda, que o acesso da população à rede dar-se-á através dos serviços de nível primário de atenção e os demais níveis de maior complexidade tecnológica (secundário e terciário) devem ser referenciados. Assim, a rede de serviços, organizados de forma regionalizada e hierarquizados, possibilitaria maior conhecimento e atendimento dos problemas de saúde da população.

A descentralização, na década de 1990, segue-se de um desmonte dos programas sociais e federais, contraditório ao preconizado pela Constituição de 1988, que previa uma autonomia real dos níveis de governo, baseada em um esquema de financiamento e repasse de recursos compatível com o gradual repasse de encargos, como responsabilidade compartilhada entre os três níveis de governo.

→ O processo de descentralização está marcado por um ajuste recessivo das contas públicas, repassando, de forma acelerada, encargos e responsabilidades para a esfera local.

interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor com a SES e as demais SMS; normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal; contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares; administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme PPI e segundo normas federais e estaduais; operação do SIH e dos SAI/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional; manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS; avaliação permanente de impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente; execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária; execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbitas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras”(BRASIL, 1996, p.27-28). Maiores informações sobre requisitos e prerrogativas, consultar NOB-SUS 1996.

Segundo Soares (2000), esse processo de descentralização é contraditório, pelos seguintes fatos: a) a descentralização de encargos não é acompanhada de forma equivalente pela descentralização de recursos em quantidade e qualidade, com fluxos irregulares, e sem respeitar as reais necessidades de saúde, bem como as diferentes capacidades de intervenção de cada município; b) tem provocado um desmonte de estruturas e equipamentos sociais federais e ou estaduais, sem que as prefeituras sejam capazes de mantê-los ou substituí-los por algo equivalente. Também vale destacar que o Estado tem sido praticamente ignorado enquanto agente responsável pela implementação de políticas regionais, limitando-se a um papel meramente formal de repasse de recursos, privilegiando as relações entre União, por meio do Ministério da Saúde, e Municípios, podendo comprometer a unicidade do sistema; c) não leva em conta a complexidade dos problemas sociais em determinadas regiões, onde as intervenções poderiam ser executadas ou articuladas com o Estado; d) a descentralização vem provocando uma fragmentação muito grande das ações e com isso a diminuição da sua efetividade, parecendo que a responsabilidade pela política de saúde muitas vezes não é das esferas governamentais e, sim, unicamente da sociedade.

→ Outras condições de uma descentralização responsável.

Nessa perspectiva, Soares (2000) pontua que é na gestão que se encontram as propostas mais concretas e desenvolvidas de descentralização e privatização, apresentando os três projetos em curso:

Avaliação estrutural – operando horizontalmente, extinguindo, privatizando e descentralizando, isto é, transferindo para o setor público não estatal, órgãos públicos;

Agências Autônomas – operando de forma vertical, transformado Autarquias e Fundações em Agências Autônomas, com o propósito de modernizar a gestão, estabelecendo uma seleção prévia e a criação de laboratórios de experimentação;

Organizações Sociais – estratégia mais adiantada, que também operaria de forma vertical, descentralizando serviços considerados como não exclusivos do Estado, partindo do pressuposto de que esses serviços serão mais eficientemente realizados, se mantido o financiamento do Estado, forem executados pelo setor público não-estatal. Essas Organizações Sociais, são definidas como entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtém autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder estatal e têm direito à dotação orçamentária, tendo, assim, autonomia financeira e administrativa respeitadas e descritas em lei.

[Segundo Merhy e Bueno (1998), a NOB-SUS/1996 apresentou mudanças significativas no que se refere às relações entre os diferentes níveis governamentais de gestão e quanto à política de financiamento do SUS, definindo o papel de cada esfera de governo nos processos gerenciais e o aumento das transferências financeiras diretas de fundo de saúde para fundo conforme o modelo de gestão municipal e/ou estadual⁸.] Contudo, essas mudanças também poderão influenciar negativamente na qualidade da assistência à saúde e na construção de um novo modelo assistencial, que privilegia a vida e a construção da cidadania. Devido ao fato destes apresentarem-se contraditórios, uma vez que, ao mesmo tempo em que a NOB-SUS/1996 aponta as relações de independência do município como gestor pleno do sistema, coloca incentivos de financiamento das ações de saúde de modo verticalizado, sem respeitar as distintas realidades sociais e sanitárias de cada município.] Isso também ocorre dentro de certas modalidades assistenciais específicas, como no caso do Programa de Saúde da Família- PSF, onde em muitos municípios a implementação do PSF, ocorreu apenas como forma para captar recursos financeiros, não possuindo nenhuma estrutura para a sua implantação de fato.]

⁸ Para maiores informações consultar NOB-SUS 1996.

A NOB-96 tem as ações descentralizadas para os municípios com a finalidade de criar condições de saúde.

A NOB-SUS/1996 também repassou poderes efetivos para organismos burocráticos-administrativos, como a Secretaria de Assistência à Saúde, sobre os fóruns mais democráticos do sistema como os Conselhos de Saúde, quanto à definição dos programas que serão incentivados, induzindo a sua implementação. Quanto as duas normas de gestão, a plena do sistema municipal e a plena da atenção básica, estas poderão permitir a criação de dois subsistemas de saúde, o que poderá provocar um retrocedimento no SUS, abrindo um canal para criação das Organizações Social proposta pela Reforma do Estado, visto que a assistência de atenção básica da saúde ficaria sob responsabilidade do poder público, no caso os municípios, e os níveis de maior complexidade em saúde, seriam repassados para a iniciativa privada (MERHY e BUENO, 1998).

No entanto, a criação dos níveis de gestão favoreceu a aplicação dos recursos financeiros de acordo com as necessidades locais, possibilitando maior controle devido às exigências legais da aplicação dos recursos financeiros dos fundos de saúde e a sua aprovação pelo Conselho de Saúde.

Faz-se necessário lembrar que os compromissos constitucionais e legais da União para com a Saúde autorizam a suspensão dos repasses de recursos em caso de irregularidade e de descumprimento dos pré-requisitos ou das responsabilidades assumidas por Estados e Municípios. Esse fato evidencia um tipo específico de descentralização, no qual os recursos e responsabilidades são transferidos no âmbito de um sistema único para atividades e projetos pré-definidos, ou seja, há uma finalidade específica nessa transferência em que produtos, metas, formas e controle sobre o uso dos recursos estão estabelecidos e devem ser efetivados.

Para a regulação dos serviços de saúde prestados pela iniciativa privada, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Lei 9.656/98, a MP 1.661/98, hoje MP 2.097 e a Lei 9.961/00), com o objetivo de se obter um maior controle dos

pagamentos de serviços ao mercado privado. Essa Agência coloca que os objetivos e as estratégias diferenciadas de implementação da regulamentação surgem claramente do marco regulatório e evoluem a partir do conhecimento sobre cada setor. Como, por exemplo: do número de operadoras com as mais diversas características e formatos jurídicos (cooperativas instituições filantrópicas, seguradoras e entidades e sistema de auto-gestão); do número de consumidores; do estabelecimento de preços dos bens e serviços de saúde; da variação de modelos de cobertura assistencial, variando da integral à ambulatorial e hospitalar.

[Porém, a privatização da Saúde, no Brasil, para Soares (2000), apresenta duas faces perversas quanto ao financiamento do setor, pois, mesmo com a regulamentação, privilegia velhos e novos atores no cenário da prestação privada de serviços de saúde, formados aqui por dois grupos: o primeiro, constituído por hospitais e clínicas particulares conveniadas com o SUS e o segundo, constituído pelos seguros privados de saúde.]

O primeiro grupo ainda que de forma declinante, devido ao irrisório preço pago pelas AIHs, consome parte importante dos recursos destinados ao SUS, pois há muitas distorções e desvios de recursos, principalmente em âmbito local, já que são as prefeituras as responsáveis pelo pagamento das internações hospitalares no seu território.

O segundo grupo, formado pelos seguros privados de saúde, constitui-se em um setor emergente, expressão máxima da mercantilização da saúde. Trata-se de um setor duplamente beneficiado. De um lado, pelo desmonte do SUS, que não consegue atender toda a demanda, tampouco oferece todos os serviços de saúde com o alto nível de complexidade, isso porque não tem os equipamentos de alta tecnologia que seriam necessários porém, ao mesmo tempo, financia esses equipamentos para os setores privados.]

Dirigindo a clientela para esses grupos de seguros, ou seja, com a sua política, o governo federal assegura um patamar de demanda para esses seguros. De outro lado, ele é

privilegiado por um financiamento direto e indireto através de subsídios e isenções fiscais, o que tem representado um enorme desvio de recursos públicos para esse setor, abertamente lucrativo, em detrimento do SUS.

Essa estratégia representa um descaso do Estado no seu compromisso com a saúde da população, entregando para a iniciativa privada os recursos públicos. Os usuários dos serviços de saúde irão pagar duplamente, uma vez, através dos impostos que lhes são cobrados e outra, através do pagamento direto dos serviços prestados pela iniciativa privada.

[O acesso ao sistema único de saúde é um direito de todos, porém construiu-se em uma ideologia que o atendimento do setor público de saúde é somente para aqueles segmentos mais vulneráveis da sociedade, que não têm condições de pagar um plano privado de saúde. Até se pode consentir que essa seja uma alternativa a mais, mesmo para quem não pode pagar pelos serviços de saúde, porém, com a elevação dos custos dos serviços privados e com o empobrecimento da população, visto as políticas econômicas adotadas no país, a procura pelos serviços privados está tendo, no decorrer dos anos, uma considerável retração o que acarreta, conseqüentemente, uma progressiva procura pelo atendimento público.]

Segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia do acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo. Por isso, estabelece-se a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

Qual a função
de nos garantir

2.2 HIERARQUIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO

⊙ A Constituição Federal, no cap. II, seção II, art. 198, e a Lei Orgânica da Saúde, no cap. II, art. 7º, definem claramente que as ações e serviços de saúde devem integrar redes regionalizadas e hierarquizadas, e que a assistência à saúde deve ser organizada em níveis crescentes de complexidade. Segundo o Ministério da Saúde:

Impedimento
Lei 8080

Os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas). O acesso da população à rede está preconizado para dar-se através dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços organizada de forma hierarquizada permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de sua competência (BRASIL, 1990a).

▷ Sendo assim, todas as unidades que produzem serviços de saúde serão organizadas de forma que as unidades básicas, os postos de saúde, se transformem em "portas de entrada" para todas as outras unidades e serviços da rede, também posicionadas de forma que, a cada sistema regionalizado de saúde, possa corresponder uma pirâmide em cuja base estarão os postos de saúde de vários municípios. No centro da pirâmide estarão as policlínicas ambulatoriais e hospitais de especialidade de diagnóstico complementar e, no ápice, os hospitais (que pode estar eventualmente em outro município), reservando-se os mesmos somente para problemas que não forem resolvidos nos demais níveis e serviços de saúde.


Segundo Locks (2002), a regionalização da atenção médica está organicamente relacionada com o conceito de atenção médica progressiva em níveis de atenção, isto é, os serviços deveriam estar disponíveis na região para quem precisa, no lugar e durante o

tempo em que fosse necessário. Assim, a regionalização tem como o objetivo integrar e coordenar os recursos de saúde disponíveis na região, para que se obtenha sua melhor utilização, permitindo, assim, através dos diferentes níveis, o acesso da população aos serviços oferecidos.

Isto permite estabelecer os níveis de atenção, com utilização ótima dos recursos de saúde existentes, organizados em grau de complexidade técnica e administrativa crescentes, de acordo com as atividades que vão desempenhar dentro do sistema regionalizado. Dentro desta organização as unidades "portas de entrada" solucionam os problemas médicos, sanitários e sociais do tipo geral e o restante dos problemas que não podem solucionar os remete aos níveis mais especializados, isto é de maior complexidade (LOCKS, 2002, p.25).

Convencionalmente, o conceito de regionalização refere-se à divisão de espaços geográficos. A regionalização da atenção médica se fundamenta em implantar, dentro de uma região geográfica determinada (variável em sua extensão, segundo a densidade populacional, os problemas de saúde existentes e os recursos disponíveis), todos os serviços e programas de saúde, de forma hierarquizada e inter-relacionada, sob uma só administração.

A definição dessa rede de serviços, a população que fará uso dos mesmos, o tipo de ações e recursos tecnológicos, onde estarão disponíveis no sistema e os fluxos previstos para o movimento dos pacientes dentro do sistema, conforme seus problemas de saúde, chama-se tecnicamente de modelo-assistencial.

 Segundo o Ministério da Saúde, a hierarquização é a forma de organização dos serviços, que viabiliza os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. Nesse sentido, a rede de serviços do SUS deve ser capacitada a oferecer todas as modalidades de assistência, bem como garantir o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um grau ótimo de resolubilidade. Essa visão deve incorporar a disponibilidade tecnológica, o perfil adequado de recursos humanos e o dimensionamento da capacidade física da rede (BRASIL, 1990a).

 → Bloco regional
Ampliar pontos

A hierarquização está determinada pela garantia de resolubilidade que se deve dar de acordo com a complexidade tecnológica de cada nível do sistema como um todo. Por outro lado, cada nível de atenção deverá estruturar-se com uma função de produção que permita a resolução de problemas daquele espaço de complexidade, sem o que, se estará caindo na armadilha da atenção primária seletiva (MENDES, 1993, p.79).

{ O autor também coloca que o princípio da hierarquização contém dois sub princípios: o da suficiência tecnológica e o da referência e contra-referência. Com relação ao sub princípio da suficiência tecnológica, cada nível de atenção, deve ter suficiência tecnológica que o caracterize. Quando tiver insuficiência tecnológica para atender os problemas de saúde, ele dependerá de um nível de atenção de maior complexidade que lhe servirá de referência; já o sub princípio da referência e contra-referência necessita de um fluxo e contra-fluxo de pacientes e de informações gerenciais e técnicas dentro da rede de serviços. }

→ Para o MS, a Referência refere-se a um "ato formal de encaminhamento de um cliente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade. A referência deverá ser sempre feita após constatação de insuficiência de capacidade resolutiva e segundo normas e mecanismos preestabelecidos" (BRASIL, 1985, p. 24).

→ Já, a Contra-referência diz respeito a um "ato formal de encaminhamento de um cliente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. A contra-referência do cliente deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias aos seguimentos do mesmo no estabelecimento de origem" (BRASIL, 1985, p. 24).

→ { A garantia de acesso a um sistema regionalizado e hierarquizado resultará da implantação de estratégias de regulação, ou seja, de instrumentos que normatizem a oferta e a demanda dos serviços de saúde. }

→ Serviços Regionalizados - Garantia de regulação, isto é, normas, procedimentos, serviços.

Contudo, no sentido de aperfeiçoar o mecanismo de regulação do sistema, e levando em conta os princípios e diretrizes da política nacional de saúde, o MS edita a Portaria Ministerial n.º 95, de 26 janeiro, de 2001, a Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001, que vem reafirmar os princípios de regionalização e hierarquização, trazendo uma nova configuração do sistema de atenção à saúde.

→ Ao editar a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001, que, entre, outras define que o sistema de saúde deve garantir o acesso dos cidadãos o mais próximo possível de sua residência, com descrição da organização do território estadual em regiões de saúde e identificação das áreas de abrangência e dos fluxos de referência. Esta define também os mecanismos de relacionamento intermunicipal, com organização dos fluxos de referência e contra-referência, como estratégias de regulação, visando à garantia do acesso da população aos serviços. A regulação é entendida, aqui, como organização do fluxo de pacientes no SUS, assim garantindo a universalidade do acesso.

→ Segundo Cohn, et al (1999), o critério de proximidade geográfica da moradia do usuário, como facilitador do acesso da população aos serviços de saúde, não garante o acesso real, pois outros fatores como informação, qualidade do atendimento, identificação da clientela com os serviços, bem como as resistências colocadas pelas instituições, configuram a relação acesso/utilização.

Segundo Locks (2002), a acessibilidade, portanto, não se reduz ao conceito de acesso pela proximidade, tal como destacam os documentos das políticas de saúde, nem se traduz na concepção empobrecida de disponibilidade, pela presença física dos recursos nas áreas onde existem.

A acessibilidade requerida pela população usuária corresponde à relação funcional formulada entre as resistências que são oferecidas pelo próprio serviço em que se exprimem nas dificuldades sentidas pelos usuários para efetivarem o atendimento que buscam e o poder de utilização que se forma através das experiências, percepções e valores que se expressam

nas razões para o bom atendimento por parte de quem é atendido e conforme o seu perfil de demanda (LOCKS. 2002, p.25).

{ Com a NOAS-SUS 01/2001, estabelece-se o processo de regionalização, como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e a busca de maior equidade. Esse processo deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001a). }

→ Uma das grandes novidades da NOAS-SUS 01/2001, refere-se à instituição do Plano Diretor de Regionalização - PDR, como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção, coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

Caberá às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, sua submissão à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, ao Conselho Estadual de Saúde - CES, para o encaminhamento ao Ministério da Saúde.

→ Com relação à assistência aos serviços de saúde, o Plano Diretor de Regionalização deverá ser elaborado na perspectiva de garantir: }

A - O acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas: assistência pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; tratamento das intercorrências mais comuns na infância; atendimento de infecções agudas de maior incidência; acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência; tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas

Pl. Condiciona
o momento
de pessoas
classe com
Bônus
Indicador

Indicador e dados em dados mínimos.

urgências ambulatoriais; tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes; controle das doenças bucais mais comuns; suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.

B - O acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais (BRASIL, 2001a).

Assim, na elaboração do PDR, na organização da assistência no âmbito estadual, deverão ser levadas em consideração as seguintes características:

Macro-região de Saúde: conceito empregado para descrever a organização estadual das ações e serviços de saúde, cuja divisão territorial é mapeada a partir de critérios aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde em Projeto Estruturante. Os critérios utilizados para configuração das Macro-regiões de Saúde incluem elementos de geoprocessamento e indicadores econômico-sociais, tais como: localização geográfica, contingente populacional, organização do sistema viário, agrupamento por regionais de saúde, equidistância entre pólos tecnológicos, cultura de deslocamento, recursos tecnológicos disponíveis, Índice de Desenvolvimento Social – IDS, complexo econômico regional e bacia hidrográfica. Nessa abrangência, estabelece-se o compromisso de organizar a oferta de serviços de alta complexidade (SANTA CATARINA, 2002).

Região de saúde: base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado. É definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um Estado pode dividir-se em regiões e/ou micro-regiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, será uma região ou uma microrregião de saúde (BRASIL, 2001a).

Regional de Saúde: sede administrativa regionalizada, para desenvolvimento de ações e serviços de âmbito do gestor estadual, sediada em município-pólo de um conjunto de municípios, cuja delimitação respeita a divisão geopolítica, com compromisso de organizar a oferta de serviços de média complexidade (SANTA CATARINA, 2002).

Módulo assistencial - módulo territorial, com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência (laboratório, radiologia simples, US obstétrica, psicologia, fisioterapia, ações de odontologia especializada, leitos hospitalares), constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características: conjunto de municípios entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM, com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços, com suficiência para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou município em Gestão Plena do Sistema Municipal, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios (BRASIL, 2001a).

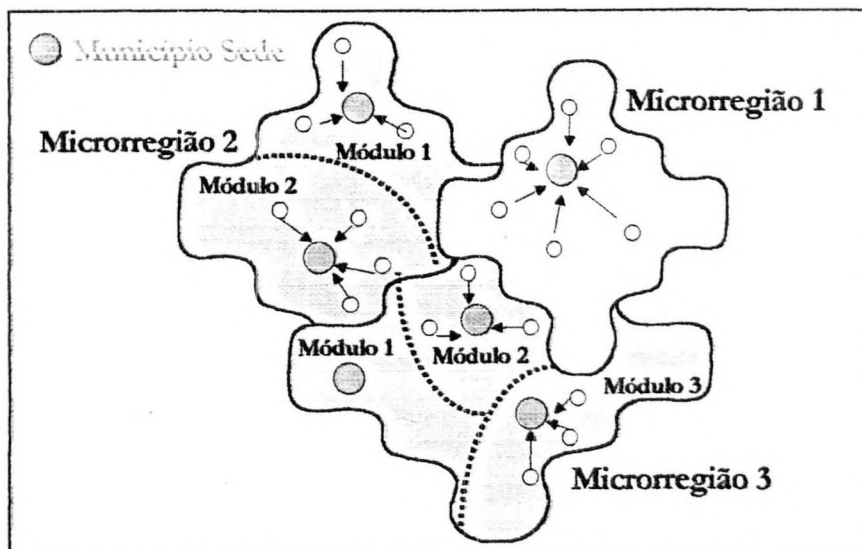
Município-sede do módulo assistencial - município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos (BRASIL, 2001a).

Município-pólo - município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada Estado, apresente papel de referência para outros municípios em qualquer nível de atenção.

Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde - representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite - CIT, para qualificação na assistência à saúde, que deve ser a

menor base territorial de planejamento regionalizado de cada Unidade da Federação acima do módulo assistencial, seja uma micro-região de saúde ou uma região de saúde (nas UF em que o modelo de regionalização adotada não admitir micro-regiões de saúde).

A figura abaixo demonstra a estrutura da hierarquização/regionalização, baseada nos conceitos acima explicados da NOAS-SUS 01/2001, por exemplo num Estado.



Fonte: Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde

O Plano Diretor de Regionalização também deve conter uma descrição mínima sobre a assistência:

- A - a descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos;
- B - a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;
- C - o Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde;
- D - a inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;
- E - os mecanismos de relacionamento intermunicipal com organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;
- F - a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;

G - a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual (BRASIL, 2001a).

O Modelo de Gestão descentralizado com ênfase na regionalização foi reforçado em Santa Catarina, com a organização de macro-regiões, conservado-se as 18 estruturas Regionais de Saúde. Sua implantação teve como principal objetivo redesenhar o modelo assistencial do Estado, destacando seu papel de relevância política e de organização tecnológica articuladoras entre o nível central e as regionais de saúde. Visou, também, estabelecer os sistemas de referência e contra-referência, respeitando os diversos níveis de complexidade da assistência, tendo como alvo tornar cada macro-região auto-suficiente em procedimentos de alta complexidade, dentro de seu nível de abrangência (SANTA CATARINA, 2002).

Os municípios são agrupados conforme os procedimentos que realizam e segundo a complexidade dos serviços ou ações. O fluxo de referência está agrupado por macro-região de saúde, considerando os Procedimentos de Atenção Básica – PAB⁹, Atenção Básica Ampliada – PABA¹⁰, Mínimo de Média Complexidade – MC1 e demais

⁹ O Piso de Atenção Básica (PAB) consiste em recursos financeiros destinados a investimentos de procedimentos e ações de assistência básica, tipicamente municipal. Quanto à regra financeira este é distribuído no valor de R\$ 10 a R\$ 18 por habitantes do município. As ações correspondem a: consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico; atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio; visita e atendimento ambulatorial e domiciliar do Programa de Saúde da Família (PSF); vacinação; atividades educativas a grupos da comunidade; assistência pré-natal e ao parto domiciliar; atividades de planejamento familiar; pequenas cirurgias; atividades dos agentes comunitários de saúde; pronto atendimento em unidade básica de saúde ([www.http://saude.gov.br](http://saude.gov.br)).

¹⁰ O Piso de Atenção Básica Ampliado - PABA financia um elenco maior de procedimentos integrados, destinados à cobertura das ações básicas, de prevenção de doenças, assistência ambulatorial, e das ações correlacionadas aos programas descentralizados pelo Ministério da Saúde, tais como o Programa de Saúde da Família - PSF, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, a Assistência Farmacêutica, a Vigilância Sanitária e o Combate às Carências Nutricionais. O PABA é composto de uma parte fixa de recursos (PABA FIXO) destinados à assistência básica e de uma parte variável (PABA VARIÁVEL), relativa a incentivos para o desenvolvimento dos programas executados nesse nível de atenção ([www.http://saude.gov.br](http://saude.gov.br)).

procedimentos da Média Complexidade – MC 2 e MC3 e Alta Complexidade – AC. São destacadas, também, as unidades hospitalares por tipo e quantidade.

Para representar o modelo tecno-assistencial, construído com a implantação do SUS, utilizou-se a figura de uma pirâmide (CECÍLIO, 1997). Assim, na ampla base, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em uma determinada área de abrangência. Na parte intermediária da pirâmide, estariam os serviços considerados de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais, com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços do apoio de diagnóstico e terapêutico e alguns serviços de urgência e emergência de hospitais gerais, normalmente pensados como hospitais distritais. O topo da pirâmide estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade.

Essa pirâmide quer representar a possibilidade de racionalização dos atendimentos, de forma que haveria um fluxo ordenado de usuários, tanto de baixo para cima, como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência.

Segundo o Ministério da Saúde (1990), hierarquização é a forma de organização dos serviços, que viabiliza os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. Nesse sentido, a rede de serviços do SUS deve ser capacitada no sentido de oferecer todas as modalidades de assistência, bem como garantir o acesso a todo o tipo de tecnologia disponível possibilitando um ótimo grau de resolubilidade.

O conjunto das unidades de saúde, classificado por níveis de complexidade, deveria articular-se administrativa e tecnicamente com o objetivo de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Essa articulação entre as unidades de saúde dos diferentes níveis, permitiria a utilização racional de todos os recursos disponíveis no sistema.

Às unidades especializadas caberia receber o paciente triado pelas unidades básicas e, após o atendimento do paciente, fazer a contra-referência à unidade básica que o encaminhou, com as orientações necessárias para que o profissional da unidade de origem pudesse dar continuidade ao atendimento, sem que houvesse solução de continuidade. Deveria haver uma comunicação entre o profissional da unidade básica (indicando o motivo do encaminhamento com breve histórico da patologia e levada ao profissional da unidade de referência quando da realização da consulta) e o da unidade de referência (caberia preencher os dados do diagnóstico e tratamento proposto e orientar o paciente para retornar ao médico da unidade básica de saúde, para conhecimento e prosseguimento do tratamento, concretizando, assim, a contra-referência).

→ O que deve ser feito
(Melhor Comunicação)

Porém percebe-se, tendo como exemplo a demanda pelos serviços de saúde do Hospital Universitário, que a referência e a contra-referência são procedimentos ainda incipientes, pelos seguintes motivos, conforme aponta Cecílio:

→ [- A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido tornar-se a "porta de entrada" mais importante para o sistema de saúde. A porta de entrada principal continuam sendo os hospitais públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios. Isso ocorre pelo fato dos atendimentos hospitalares serem expressivamente maiores, ou seja, oferecem mais serviços e de maior complexidade do que o atendimento total feito nas unidades básicas de saúde, na maioria dos municípios nos quais exista a alternativa de acesso ao hospital (CECÍLIO, 1997).

→ É importante destacar que as pessoas também procuram o atendimento à saúde, quando já estão com os sintomas avançados da doença e, portanto, não têm credibilidade e confiança no atendimento dos postos de saúde, dizendo que estes não têm a solução para seus problemas. E, procurando um posto de saúde, para depois ser encaminhado a um

serviço de maior complexidade, exige mais tempo e uma certa demora. Portanto, a procura pelos serviços de urgência/emergência torna o processo de atendimento mais rápido.]

→ - Os levantamentos realizados a respeito do perfil de morbidade da clientela atendida nos prontos-socorros mostram que a maioria dos atendimentos refere-se a patologias consideradas mais simples, que poderiam ser resolvidas no nível das unidades básicas de saúde (CECÍLIO, 1997).]

→ - O acesso aos serviços especializados é bastante difícil, mesmo quando são implantadas medidas mais rigorosas de exigência da referência (marcação de consulta) pelas unidades básicas. Em geral, as esperas são tão demoradas, que resultam em desistência da consulta agendada. O número de consultas em especialidades é insuficiente perante as necessidades da população usuária do sistema. Os serviços ambulatoriais especializados mantêm certas "clientelas cativas" (grifo do autor), que poderiam muito bem estar sendo acompanhadas em nível de rede básica. A contrapartida disso é que os médicos da rede freqüentemente se livram dos pacientes, encaminhando-os para os especialistas, quando poderiam fazer o seguimento no centro de saúde mesmo (CECÍLIO, 1997).]

- É muito difícil conseguir acesso às cirurgias eletivas, tanto usando o centro de saúde como "porta" ou mesmo o atendimento através dos prontos-socorros (CECÍLIO, 1997).

Segundo Cecílio (1997), o fracasso do modelo representado pela pirâmide diz respeito a causas mais gerais, ligadas à própria configuração do SUS, nos seus aspectos de financiamento, relação pública e privada, de como é feita sua gestão, e a forma de como é realizado o controle por parte dos usuários. E o outro ponto refere-se à própria necessidade de se questionar a idéia da organização do SUS nos moldes de uma pirâmide hierarquizada de serviços.]

- Os recursos destinados ao setor saúde têm sido insuficientes.
- A atuação do setor privado de forma complementar ao setor público, inclusive com previsto na CF de 1988 e na LOS de 1990, não tem ocorrido na prática. Ao contrário, há um processo de retração progressiva da oferta de serviços para o SUS, na medida em que um número crescente de serviços ambulatoriais e hospitalares contratados buscam garantir sua sobrevivência financeira através da criação de planos de saúde próprios oferecidos a grupos populacionais que podem pagar pelos mesmos. A consequência disto é a dificuldade, quando não a impossibilidade, de acesso das amplas massas de brasileiros aos cuidados mínimos de saúde, mesmo quando há capacidade instalada ociosa no setor privado.
- O próprio setor público opera uma rede ambulatorial e hospitalar, que é, paradoxalmente, muitas vezes ociosa. No caso o paradoxo é a coexistência da grande dificuldade de acesso da população aos serviços com a ociosidade na utilização dos equipamentos e recursos existentes (CECÍLIO, 1997, p. 471-472).

Para Cecílio (1997), esse modelo tecno-assistencial, que representa o sistema de saúde como uma pirâmide, com fluxos ascendentes e descendentes de usuários, acessando níveis diferenciados de complexidade tecnológica, em processo articulados de referência e contra-referência, tem se apresentado como uma perspectiva racionalizadora, cujo maior mérito seria de garantir a maior eficiência na utilização dos recursos e a universalização do acesso e equidade.

O autor também coloca que, na prática, os fatos se dão de maneira muito diferente da pretendida por uma certa racionalidade tecnocrática. Por isso, defende a idéia de que o sistema de saúde seria mais adequadamente pensado como um círculo, com múltiplas portas de entrada, localizadas em vários pontos do sistema, e não mais em uma suposta base. Questiona ainda a idéia de um topo, pois essa expressão topográfica, de uma certa maneira, dá margem há uma hierarquia tecnológica que teria o hospital no seu vértice. E aponta a necessidade do sistema de saúde ser organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia certa no espaço certo e na ocasião mais adequada.

Segundo Cecílio, a regionalização e a hierarquização foram incorporadas ao ideário dos que lutam pela construção do SUS, tornando-se uma "bandeira de luta" (grifo do autor) consensual do movimento sanitário pelas seguintes razões:

- expansão da cobertura e democratização do acesso os serviços de saúde;
- construção de uma ampla rede básica de serviços de saúde;
- a hierarquização dos serviços seria uma estratégia de racionalização de recursos. Representando a utilização do recursos tecnológico certo, no espaço certo, de acordo com as necessidades estabelecidas pelos usuários. E também como garantiria o acesso, para o paciente que entrou pela "porta de entrada", a todas as possibilidades tecnológicas que o sistema de saúde dispusesse para enfrentar a dor, a doença e o risco da morte;
- a proximidade dos serviço de saúde da residência do usuário seria o facilitador tanto do acesso, como possibilitaria a criação de vínculos entre a equipe e a clientela;
- orientaria no planejamento de investimentos tanto de recursos humanos, como na construção de novos equipamentos (CECÍLIO, 1997, p.471).

“A representação do sistema de saúde, por uma pirâmide, adquiriu tanta legitimidade entre todos que tem lutado para a construção do SUS, pois conseguiu representar, de forma densa e acabada, todo um ideário de justiça social no que ele tem de específico para o setor saúde” (CECÍLIO, 1997, p. 471).

A organização das redes tem especial significado na área de assistência de alta complexidade e na urgência e emergência, visto que, nessas áreas, a atuação da SAS tem sido mais intensa, pois, na medida em que serviços dessa natureza não estão disponíveis em todos os Municípios, Estados ou mesmo regiões, a estruturação das redes, a definição de níveis crescentes de complexidade assistencial, a definição de fluxos de referências e contra-referencia de pacientes tem expressiva importância na organização da assistência a ser prestada e, especialmente, na garantia do acesso aos serviços ao cidadão, independentemente de sua procedência.

2.2.1 Mecanismos de Regulação do Acesso aos Serviços

O sistema de saúde brasileiro já vivenciou, em diferentes épocas, algum tipo de mecanismo de regulação imposto pelo Estado. O de maior impacto surgiu no ápice da crise financeira da previdência, final da década de 1970, quando foi criado o CONASP – Conselho Consultivo da Administração da Saúde e da Previdência, com a finalidade de racionalizar os serviços médicos prestados, como estratégia, regular as ações voltadas à promoção, preservação e recuperação da saúde da população (LOBO, 1986). Assim, surge a regulação sob a ótica econômica e assistencial.

Na ótica econômica, temos o controle e a racionalização dos serviços e gastos, com a inclusão de novo sistema de contas e reforço da estrutura de controle e avaliação. Na perspectiva assistencial, a estratégia é de reorientação do modelo assistencial, até então meramente curativo, para as Ações Integradas de Saúde – AIS, o objetivo era a melhoria da atenção à saúde da população. As AIS, tinham como princípio possibilitar o desenvolvimento do sistema estadual de saúde, buscando a universalização progressiva do atendimento às populações urbanas e rurais, beneficiárias ou não da Previdência Social.

Assim, segundo Batista (2000), a regulação, dentro da lógica econômica, é entendida como a capacidade de intervenção estatal nos mercados. Num conceito mais restrito, pode ser entendida como a compatibilização de oferta e serviços assistenciais.

Com o crescente processo de descentralização, amplia-se a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais, com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES.

Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar alguns fatores,

para a definição do papel da SES e da cada SMS no sistema funcional. Consideram-se dentre eles: as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, além das capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviços, controle e avaliação.

Assim, no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde definiu a regulação, enquanto função do Estado, visando garantir a predominância do interesse público e da defesa dos direitos de cidadania.

A regulação deve ser pensada sempre no contexto dos princípios norteadores do SUS e não apenas como forma de racionalizar os recursos existentes. O complexo regulador tem por pressupostos básicos a universalização, a descentralização, a regionalização e a hierarquização. E deve ter por objetivos a utilização racional de todos os meios disponíveis, a integração e maximização da utilização de todos os recursos humanos, materiais e financeiros existentes. A função reguladora no SUS significa a organização dos fluxos dos pacientes no sistema (BATISTA, apud Locks, 2000, p.27).

Regulação é concebida como um conjunto de ações e instrumentos para organizar a oferta de serviços conforme a necessidade, estabelecendo competências, fluxos e responsabilidades, visando garantir o acesso com qualidade e resolutividade em todos os níveis de atenção à saúde. Significa uma racionalização de recursos, através da centralização dos sistema de atendimento, do ponto de vista de gestão da assistência em tempo real, realizado por um médico ou profissional de nível superior da área a ser regulada (assistente social para as regulações sociais, odontólogo para consultas especializadas/urgências odontológicas, etc.). A Regulação envolve, portanto, não somente assistência (através das centrais de Regulação), mas também os recursos gerenciais desenvolvidos para garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde, tais como PDR, PPI, Cartão Nacional de Saúde, parâmetros assistenciais, sistemas de informações, entre outros (SANTA CATARINA, 2002, p.81).

A regulação tem a função de melhor orientar as solicitações em relação a estruturas eficazes, distribuir de forma equilibrada e equânime a assistência, com base nos

recursos disponíveis e na necessidade do solicitante, a um menor custo, servindo de diagnóstico de situação em tempo real.

↳ O Complexo Regulador é a estrutura ordenadora e orientadora do Sistema de Atenção Integral à Saúde ao nível de uma região, o qual estrutura a relação entre os vários serviços, tanto ambulatoriais como hospitalares, assim como serviços correlatos, formando uma rede de atenção e qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema, gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos são recebidos, avaliados e hierarquizados, dando uma resposta de acordo com as necessidades de cada caso e acompanhando a resposta.

O que é um Complexo Regulador?

Em relação à responsabilidade de cada nível de governo na garantia de acesso à população referenciada, a NOAS-SUS 01/2001 coloca:

[...] a garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, devendo o mesmo organizar o sistema de referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados (BRASIL, 2001a).

A Regulação da Assistência em Saúde prevê uma definição explícita das necessidades e plano estratégico de investimentos para dar autonomia macrorregional através de um sistema regulado, envolvendo macro-regiões .

Uma Comissão Estadual deverá ser implantada pela Secretaria de Estado da Saúde para, em conjunto com os prestadores representados pelas especialidades médicas e outras que se fizerem necessários, definir protocolos inter-institucionais de assistência, com a ratificação das referências e contra-referências previamente pactuadas pelos gestores, ou propondo repactuação das mesmas através da definição, o mais precisa possível, dos parâmetros para inclusão nos diversos níveis de complexidade.

Essa comissão, após traçar os protocolos das especialidades com mais demanda e necessidade de organização, deslocará parte dos seus membros para a macro-região onde será implantado o complexo regulador, com o intuito de adequar regionalmente os protocolos e direcionar o envolvimento dos prestadores para essa nova realidade de relação, em rede entre as unidades de saúde.

Cada Macro-regional será, do ponto de vista de fluxo entre as referências e as contra-referências, regulada através das diversas Centrais de Regulação. Todas as atividades que demandarem saída de uma macro-região serão reguladas e operacionalizadas através do Complexo Regulador.

Fazem parte do Complexo Regulador os seguintes serviços:

- a) Central de Regulação de Urgência e Transferência de Pacientes Graves - Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU;
- b) Transporte não urgente e urgência social – Central de Regulação de Transportes e de Urgência Social – CERTUS;
- c) Central de Regulação de Consultas, Exames e Serviços, aí incluídos os serviços de média e alta complexidade.

O PDR, juntamente com a PPI, são instrumentos essenciais na configuração do mapeamento das ações e serviços de saúde, pois é através dos mesmos que é realizada a regulamentação. Segundo as diretrizes da elaboração da PPI, para cada nível de complexidade no SUS, são definidas normas para a execução dos serviços de assistência à saúde. Para a alta complexidade, essas correspondem a:

- A programação do bloco de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição macrorregional, estadual ou interestadual, dos serviços e da proposição de uma delimitação orçamentária clara no teto estadual para o seu custeio, feita pela SES.
- A programação será baseada num valor físico multiplicado pelo valor do procedimentos na tabela, chega-se a um valor financeiro.

- A programação deverá ser de base macro-regional, identificando-se serviços de referência e quantificando os procedimentos para cada município que vai se utilizar deles (SANTA CATARINA, 2002, p74).

A partir da descentralização, regionalização e hierarquização exige-se uma política de regulação do serviço na medida que o Estado repassa a prestação dos serviços de maior complexidade para prestadores privados. Porém isso, não desresponsabiliza o Estado de ser um prestador de serviços. A regulação não pode ser colocada como função primordial do Estado.

CAPÍTULO III

3 A REGULAÇÃO DA ALTA COMPLEXIDADE

Partindo da definição legal e do entendimento de que a estruturação das redes assistenciais e a hierarquização dos serviços são a forma mais eficiente e eficaz de organizar a assistência à saúde e de garantir o pleno acesso da população aos serviços, neste capítulo, estudamos a assistência à saúde na Alta Complexidade- AC, em seus aspectos legais e estruturais e/ou organizacionais.

Queremos, também, destacar que muitos são os estudos referentes à assistência à saúde na atenção básica do SUS, porém poucos são estudos referentes à atenção de alta complexidade em saúde. No entanto, há um crescente debate sobre o fato de que a referência para os níveis secundários e terciários decorrem, com certo grau de dificuldade, em parte, porque os serviços de procedimentos e de regulação de vagas enfrentam limitações tecnológicas e de recursos humanos. Destacamos, porém, que as limitações deste processo não se restringem apenas a estas dificuldades, parecendo, também, decorrentes da própria falta de conhecimento de como está organizado esse terceiro nível de atenção à saúde, repercutindo num problema de gestão da AC.

Para garantia da integralidade da atenção em saúde, haveria de se vincular toda a rede básica à rede de serviços, de forma que fosse assegurada a referência e a contra-referência dos pacientes para os serviços de maior complexidade, visto que um sistema bem estruturado de referência e contra-referência pode melhorar o acesso aos serviços de saúde, o que hoje não é garantido, tanto pelo desconhecimento da oferta de serviços de saúde, como pela incapacidade econômica e operacional de ampliação dessa oferta (SANTA CATRINA, 2002).

Em relação aos serviços de saúde de alta complexidade, a Lei 8080/1990, em seu art.16, item III, seção II, preceitua que a direção nacional do SUS deverá definir e

coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, ficando sob responsabilidade do Ministério da Saúde – MS a otimização das tecnologias disponíveis e a avaliação da qualidade. Neste artigo podemos perceber a influência do intenso processo de Reforma do Estado e da Reforma do setor da Saúde. Através do surgimento de novos atores setoriais públicos e privados, tendentes responsabilizar diretamente os Ministérios da Saúde, na provisão de serviços de saúde pública e na execução de ações de regulação sanitárias. Isso ainda atribuído a separação das funções de financiamento, asseguramento e prestação de serviços, fortalecendo o papel reitor dos Ministérios da Saúde, como já mencionado no capítulo primeiro (OPAS, 1997).

Mas a organização das redes integradas tem um especial significado na área de assistência de alta complexidade e na urgência/emergência, pelo fato desses serviços não estarem disponíveis em todos os Municípios, Estados ou mesmo regiões. A estruturação das redes, a definição de níveis crescentes de complexidade assistencial, a definição de fluxos de referência e a contra-referência têm expressiva importância na organização da assistência a ser prestada e, especialmente, na garantia do acesso aos serviços aos usuários do SUS, independentemente de sua procedência (BRASIL, 2002d, p.68).

Com a Norma Operacional Básica de 1993 – NOB-SUS, a Secretaria Estadual de Saúde, na gestão semiplena assume a completa responsabilidade sobre:

A gestão da prestação de serviços planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; coordena a rede de referência estadual e gere os sistemas de alta complexidade; formula e coordena as políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órtese próteses ambulatoriais e medicamentos especiais; coordena, no seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, de saúde do trabalhador, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública; gere recurso de investimentos próprios e transferidos pela esfera federal; recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos para a rede da própria, contratada suplementarmente pelo estado e aquela dos municípios que não estiverem enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena (BRASIL, NOB-SUS, 1993).

Mas, levando-se em consideração a política de descentralização do SUS e, também, a competência da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS de definir e coordenar os sistemas de redes integradas de Alta Complexidade, constatou-se a necessidade de se estabelecerem normas para o credenciamento de serviços que farão parte das Redes Integradas de Alta Complexidade.

Para tanto, o MS, através da aprovação da Portaria SAS/MS nº 65, de 1993, definiu as áreas que compõem as Redes Integradas de Procedimentos de Alta Complexidade, objeto de credenciamento pela SAS, as quais foram: Cardiologia – cirurgia cardíaca, implante de marca-passo definitivo e estudo eletrofisiológico; Oncologia – clínica e cirúrgica; Ortopedia – próteses totais, ligamentares, não convencionais e bipolares; Oftalmologia – cirurgia de olho VII e VIII da Tabela de Grupos e Procedimentos Hospitalares do SIH/SUS; e Transplante de órgãos.

Juntamente com as normas específicas de cada área acima citada, essa portaria também delegou competências às Secretarias Estaduais de Saúde:

- a) as visitas de identificação da capacidade técnica e operacional dos serviços que executam procedimentos de alta complexidade, ficando como responsabilidade da SES a abertura de processo administrativo específico;
- b) indicação dos serviços que deverão ser credenciados e/ou descredenciados pela SAS de acordo com o Plano Estadual de Saúde;
- c) acompanhamento e avaliação do desenvolvimento desses procedimentos, contando com a participação/ colaboração de setores representativos de prestadores e usuários (BRASIL, SAS/MS n.º 65, 1993a).

Essas competências atribuíram uma maior responsabilidade para as Secretarias Estaduais de Saúde sobre o comando da política de atendimento na AC, na medida em que caberia às SES identificar e mapear todos os serviços de AC oferecidos nos Estados, bem como credenciar e/ou descredenciar, no caso desses serviços não se inserirem nas áreas dos procedimentos de AC estipuladas pela SAS. Além disso, as SES deveriam acompanhar e avaliar o desenvolvimento desses procedimentos, conjuntamente com a participação dos

prestadores de serviços e usuários, havendo, dessa forma, um controle dessas ações. A partir dessas atribuições, pode-se perceber que não há nenhuma exigência com relação à execução dos serviços de AC por parte dos Estados, mas há, sim, uma preocupação do MS, com relação a regulação dos procedimentos prestados.

Em 1996, o MS determina a implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade - APAC, instrumento específico para autorização, cobrança e informações gerenciais, utilizado para cálculo de custos dos procedimentos de Alta Complexidade/Custo e do fornecimento de Medicamentos Excepcionais, realizados pelas unidades prestadoras de serviços, cadastradas no Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS (BRASIL, MS/GM n.º 2.043, 1996). A APAC, tem com objetivos aprimorar o controle e a avaliação dos procedimentos de Alta Complexidade/Custo e outros que venham a ser considerados de monitoramento estratégico, prestados no SUS; a necessidade de individualizar o registro das informações para o acompanhamento dos usuários submetidos a exames e ou tratamento que envolva procedimentos de Alta Complexidade/Custo e cobranças de serviços prestados; e a necessidade de alimentar os Bancos de Dados do SUS.

Inicialmente, a APAC seria utilizada somente para os procedimentos de Terapia Renal Substitutiva – TRS, em que a identificação do paciente que necessitasse de tratamento/procedimento de Alta Complexidade/Custo, fosse efetuada através do cadastro de Pessoa Física/Cartão de Identificação do Contribuinte – CPF/CIC. A operacionalização desse dispositivo é de responsabilidade da Secretaria da Assistência à Saúde - SAS/MS.

Com a NOB-SUS de 1996, a remuneração de internações hospitalares é apurada por intermédio do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, englobando o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação, com base na Autorização de Internação Hospitalar - AIH, documento este de autorização e fatura de serviços. No que

se refere à remuneração de procedimentos ambulatoriais de Alto Custo/Complexidade, o pagamento é efetivado conforme apuração por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo - APAC, documento que identifica cada paciente e assegura a prévia autorização e o registro adequado dos serviços que lhe forem prestados. Esses procedimentos ambulatoriais integrantes do SIA/SUS são definidos na Comissão Intergestores Tripartite - CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério da Saúde SAS/SUS.

Já, as ações de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária são pagas diretamente às Secretarias Estaduais de Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde, pela execução dessas ações ao nível de competência estadual e municipal contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas ao Ministério da Saúde. Essas ações e o valor de sua remuneração também são definidos em negociação na CIT e formalizados em portaria do órgão competente dos SUS/MS, sendo previamente aprovados no Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Com relação aos procedimentos hospitalares de alta complexidade, o MS, em cinco (05) de agosto de 1998, institui a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade – CNCPHAC, tendo como objetivo garantir o acesso dos usuários do SUS a esses serviços hospitalares de alta complexidade. Esses serviços nem sempre são disponíveis na localidade em que residem, devido aos altos custos para implantação e manutenção da infra-estrutura e dos equipamentos necessários, além da escassez dos recursos humanos especializados requeridos para a obtenção de um nível de qualidade adequado, sendo, muitas vezes, imprescindível a manutenção de um número mínimo de demanda e, dessa forma, nesse entendimento, nem sempre é desejável a expansão numérica dos serviços de alta complexidade. (BRASIL, GM/MS n.º 3409, 1998a).

Isso significa que os serviços de alta complexidade, conforme já foram explicitados nos capítulos anteriores, não são ofertados em todos os municípios, visto a exigência de uma infra-estrutura tecnológica avançada, além da demanda de recursos humanos especializados e habilitados para trabalharem nessas áreas, e também de uma demanda condizente com o serviço oferecido, pois sem esta não há a necessidade do serviço. Porém, na própria portaria, está explícito que, através da manutenção de um número mínimo de demanda, não haverá necessidade na expansão dos serviços. No entanto, pode-se afirmar que, atualmente, tanto a demanda por procedimentos de média como de alta complexidade estão acima da média de serviços ofertados, e, por isso, usuários levam meses e até anos para serem atendidos, ainda que se tenha mais investimentos na atenção básica, na busca da prevenção e recuperação da saúde.

Assim, o Ministério de Estado da Saúde resolve:

Art. 1º - Instituir a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade para tratamento de pacientes que requerem assistência de serviços cadastrados no SUS para Alta Complexidade, não ofertados (ou ofertados com grande restrição de demanda) nas usa localidade de residência.

Art. 2º - Definir, inicialmente como Procedimentos Hospitalares de Alta complexidade, para efeito desta portaria (BRASIL, GM/MS n.º 3409, 1998a).

Os procedimentos constantes da Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos de Alta Complexidade - CNCPAC seriam: exploração diagnóstica da epilepsia; tratamento cirúrgico da epilepsia; implante osteointegrado oral; diagnósticos em lesões lábio-palatais como: cirurgia, implante, palatoplastia, palato-labioplastia, tratamento ortodôntico, reabilitação lesões lábio-palatais entre outros; cirurgias cardíacas; transplantes (coração, pulmão, medula óssea autólogo,etc)¹¹. Porém, essa lista de procedimentos poderá ser ampliada, mediante estudos e avaliações da SAS.

¹¹ Em anexo lista de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade, conforme Portaria GM/MS n.º 3409.

Segundo ainda a Portaria GM/MS n.º 3409 (1998), não haverá acréscimos quantitativos de cotas físicas de Autorização de Internação Hospitalar – AIH para a prestação desses serviços. Serão mantidos os mesmos tetos constantes da Portaria GM/MS 2971, de nove de junho de 1998 referente as AIHs. Queremos ressaltar, que não conseguimos obter a informação do valor dos tetos das AIHs, visto que não encontramos esta portaria, no *site* do Ministério da Saúde.

Porém em decorrência da Portaria GM/MS n.º 3409, o MS acrescentaria mensalmente os valores financeiros referentes aos pacientes atendidos e identificados pela CNCAC, aos tetos já estipulados. Sendo que os acréscimos não seriam incorporados aos tetos do Estado, visto que os mesmos, seriam decorrentes de recursos financeiros próprios do MS destinados exclusivamente a CNCPHAC.

Assim, a apresentação das AIHs correspondentes aos atendimentos dos procedimentos de AC deveria ser feita pelo prestador de serviços dentro dos prazos, fluxos e rotinas estabelecidos pelo SIH/SUS. Também as SMS e/ou SES deveriam fazer a integração dos disquetes dos prestadores de forma separada, sendo uma relativa ao teto normal e outra com as AIHs relativas aos procedimentos da Alta Complexidade. O pagamento dos procedimentos constantes da CNCPHAC seria efetuado nos mesmos prazos e pelo mesmo órgão gestor que efetua os créditos regulares, do SIH/SUS, isto é, pelo gestor municipal ou estadual.

Quando o órgão gestor for responsável pelo crédito aos prestadores, receberá diretamente do Fundo Nacional de Saúde o recurso para o custeio da assistência hospitalar. Os valores relativos a internações da CNCPHAC serão reembolsados após o processamento nacional do SIH/SUS, através da transferência “fundo a fundo” complementar.

Sendo assim, o Departamento de Informática do SUS/DATASUS deverá disponibilizar, até o dia trinta do mês subsequente ao mês de realização dos procedimentos, arquivos contendo as AIH da CNCPHAC, com identificação nominal e endereço dos pacientes por Unidade Federativa -UF/município/hospital, de forma a serem acessadas pelos vários gestores estaduais e municipais de saúde. Quando de posse desses dados, ficará, também sob responsabilidade dos gestores estaduais e municipais de saúde a realização de auditoria contínua dos procedimentos de Alta Complexidade realizados. Após quatro meses da implantação do sistema, a SAS/MS, em conjunto com a representação dos gestores estaduais e municipais, deverá se fazer avaliações do mesmo, propondo reformulações em sua sistemática operacional.

Através da Portaria nº 3409 (1998), foi instituída, também, a Ficha de Cadastro dos Hospitais Participantes do Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade - SIPAC'S¹². Dentre os procedimentos, destacam-se as seguintes especialidades: cirurgia cardíaca, implante dentário osteointegrado, lesões lábio-palatais, epilepsia, câncer, neurocirurgia, ortopedia, transplantes.

Todos os hospitais participantes do SIPAC'S deverão realizar o preenchimento desta ficha visando à constituição de uma base de dados que permita o planejamento da integração dos demais SIPAC'S a CNCPHAC.

Em 1999, foi criado o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, com o objetivo de fortalecer os mecanismos gerenciais do Ministério da Saúde, permitindo uma melhor operacionalização e acompanhamento das ações estratégicas, especialmente as de maior complexidade e custo (BRASIL, GM/MS n.º 531, 1999).

Esse fundo, além de novos recursos alocados, incorporou recursos não executados no custeio da assistência, redimensionando-os para o financiamento de todas as

¹² Em anexo ficha dos hospitais participantes do SIPAC'S.

atividades relacionadas a transplantes de órgãos, campanhas de prevenção de câncer do colo uterino, campanhas de cirurgia de catarata, hérnia inguinal, varizes, entre outras. O sucesso dessas estratégias levou à sua permanência garantindo o acesso a cirurgias eletivas que de outra forma, relegariam milhares de cidadãos a incapacidade e sofrimentos perfeitamente inevitáveis.

Essa Portaria Ministerial também determinou a normatização da programação, aplicação e alocação dos recursos previstos nos tetos estaduais referentes ao custeio da Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade e Hospitalar, e tratou ainda da composição dos recursos destinados à Atenção Básica.

Através da Portaria GM/MS n.º 531 (1999), o Ministério da Saúde edita outra Portaria da SAS/MS de n.º 184 (1999), com o objetivo de estabelecer a programação dos recursos destinados ao custeio da Assistência Ambulatorial de média e alta complexidade, e Hospitalar criando as seguintes áreas específicas:

- a - Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e hospitalar;
- b - Câmara Estadual de Compensação;
- c - Assistência Oncológica Ambulatorial;
- d - Terapia Renal Substitutiva;
- e - Assistência Farmacêutica/Medicamentos Excepcionais;
- f - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde - FIDEPS;
- g - Impacto das Portarias GM/MS n.º 2920, 3472, 3477/1998 e 479/99 e
- h - Incremento da oferta e/ou qualidade de serviços (BRASIL, SAS/MS de n.º 184, 1999c).

Através dessa portaria, foram destinados, a cada área específica, recursos correspondentes a uma fração do teto estadual, a serem aplicados no custeio de suas respectivas ações, de acordo com suas peculiaridades, nos limites fixados,¹³ observando-se os seguintes critérios:

§ 1º - Os recursos de que trata este artigo são anuais, sendo disponibilizados em Limites Financeiros Mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) dos valores publicados.

§ 2º - Os recursos alocados para a área de Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalares foram estabelecidos tomando-

¹³ Maiores informações sobre os limites financiados consultar anexo.

se o valor destinado à média e alta complexidade em 1998, descontando-se os recursos ora destinados à Câmara Estadual de Compensação, Assistência Oncológica Ambulatorial, Terapia Renal Substitutiva, Medicamentos Excepcionais, FIDEPS e transplantes; e acrescentando-se 50% (cinquenta por cento) do saldo verificado na destinação dos recursos adicionados ao Orçamento por Emenda Parlamentar.

§ 3º - Os recursos alocados para a Câmara Estadual de Compensação foram estabelecidos tomando-se 5% (cinco por cento) dos valores destinados à média e alta complexidade em 1998.

§ 4º - Os recursos alocados para a Assistência Oncológica Ambulatorial, Terapia Renal Substitutiva e Assistência Farmacêutica/Medicamentos Excepcionais foram estabelecidos tomando-se os valores dispendidos em cada uma destas áreas em 1998, acrescentando-se valores variáveis para estados em diferentes patamares de cobertura, buscando-se a redução de desigualdades verificadas e, para aqueles estados com maior despesa verificada nestas áreas, acrescentando-se 5% (cinco por cento) aos valores executados em 1998.

§ 5º - Os recursos alocados ao custeio do FIDEPS foram estabelecidos tomando-se os valores gastos com esta área em 1998.

§ 6º - Os recursos alocados ao custeio do incremento de despesas decorrentes da implementação das Portarias relacionadas no item g do artigo 1º foram estabelecidos por meio de estimativa de aumento de gastos, tomando-se por base os custos da produção dos procedimentos realizados nas áreas previstas no segundo semestre de 1998.

§ 7º - Os recursos alocados para o incremento da oferta de serviços e/ou sua qualificação foram estabelecidos tomando-se 50% (cinquenta por cento) do saldo verificado na destinação dos recursos adicionados ao Orçamento por Emenda Parlamentar (BRASIL, SAS/MS n.º 184, 1999c).

Ficou, também, definido que, para a área denominada Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar, os recursos corresponderiam à fração do teto estadual disponível imediatamente, isso para que o gestor estadual financie as ações ambulatoriais de média e alta complexidade e hospitalares, como os medicamentos excepcionais, TRS, FIDEPS, transplantes, oncologia ambulatorial e Câmara Nacional de Compensação. Os recursos alocados nessa área são destinados ao custeio dos serviços próprios ou de terceiros, bem como para compor os tetos dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal.

Na área denominada Câmara Estadual de Compensação, os recursos referem-se a fração do teto estadual a ser utilizada para garantir as referências intermunicipais.

§ 1º - Os recursos destinados a esta área são indicativos e sinalizam a importância da constituição de Câmaras Estaduais de Compensação.

§ 2º - A gestão destes recursos poderá, a critério do Estado, ocorrer de forma integrada com aqueles definidos como teto da Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar, de modo a permitir flexibilidade no desempenho de seu papel de gestor do Sistema de Saúde.

§ 3º - Os recursos poderão ser utilizados para pagamento de internações hospitalares e assistência ambulatorial, exceto daquela incluída no Piso de Atenção Básica - PAB.

§ 4º - Além do custeio das referências intermunicipais, os recursos poderão ser aplicados nas referências interestaduais não cobertas pela Câmara Nacional de Compensação (BRASIL, SAS/MS n.º 184, 1999c).

Quanto à definição dos recursos para a Assistência Oncológica Ambulatorial, definida pela Portaria GM/MS n.º 3536, de 02 de setembro de 1998, republicada, em 24 de dezembro de 1998, corresponderá à fração do teto a ser destinada, específica e exclusivamente, ao custeio das ações assistenciais ambulatoriais aos pacientes oncológicos.

§ 1º - Os recursos destinados a esta área ficarão, preferencialmente, sob gestão estadual, podendo, de acordo com o modelo de organização do Sistema Estadual de Saúde e a critério da Comissão Intergestores Bipartite, serem colocados sob gestão municipal, quando, então, deverão ser explicitados na elaboração dos tetos dos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal.

§ 2º - Quando as despesas decorrentes da assistência prevista nesta área ultrapassarem o valor estipulado, seu excedente onerará a dotação destinada à Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar.

§ 3º - O Estado que não dispuser de capacidade instalada suficiente para a cobertura da assistência oncológica poderá celebrar acordo(s) com outro(s) Estado(s), com a finalidade de referenciar os pacientes sob sua responsabilidade, conforme o estabelecido no artigo 12 desta portaria.

§ 4º - Se as despesas relativas à Assistência Oncológica Ambulatorial não atingirem, mensalmente, o valor do teto estipulado, o saldo não poderá ser utilizado em outra atividade, sendo então destinado, conforme estabelecido no § 2º, do artigo 13 desta portaria (BRASIL, SAS/MS n.º 184, 1999c).

Na área de Terapia Renal Substitutiva, definida pelas Portarias SAS/MS n.ºs 205, de 06.11.96, republicada em 22.01.97, e 140, de 20.04.99, publicada em 23.04.99, esta com vigência a contar de julho de 1999, os recursos correspondem à fração do teto a ser destinada, específica e exclusivamente, ao custeio dessa assistência, para pacientes atendidos tanto em unidades sob gestão estadual quanto municipal.

§ 1º - Os recursos destinados a esta área ficarão, preferencialmente, sob gestão estadual, podendo, de acordo com o modelo de organização do Sistema Estadual de Saúde e a critério da Comissão Intergestores Bipartite, serem colocados sob gestão municipal, quando, então, deverão ser explicitados na elaboração dos tetos dos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal.

§ 2º - Quando as despesas decorrentes da assistência prevista nesta área ultrapassarem o valor estipulado, seu excedente onerará a dotação destinada à Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar.

§ 3º - O Estado que não dispuser de capacidade instalada suficiente para a cobertura de Terapia Renal Substitutiva poderá celebrar acordo(s) com outro(s) Estado(s) com a finalidade de referenciar os pacientes sob sua responsabilidade, conforme o estabelecido no artigo 12 desta portaria.

§ 4º - Se as despesas relativas à Terapia Renal Substitutiva não atingirem, mensalmente, o valor do teto estipulado, o saldo não poderá ser utilizado em outra atividade, sendo então destinado, conforme estabelecido no § 2º, do artigo 13 desta portaria (BRASIL, SAS/MS n.º 184, 1999c).

Na Assistência Farmacêutica/Medicamentos Excepcionais, os recursos correspondem à fração do teto a ser destinada, específica e exclusivamente, à assistência farmacêutica/fornecimento de medicamentos excepcionais.

§ 1º - Os recursos destinados a esta área ficarão sob gestão estadual e somente serão efetivamente incorporados na medida em que os estados cumpram com o determinado na Portaria GM/MS n.º 254, de 31 março de 1999, e estabeleçam uma rede estadual de distribuição de medicamentos excepcionais.

§ 2º - Fica estabelecido o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da publicação desta portaria, para o cumprimento das exigências referidas no § 1º, período em que, provisoriamente, vigorarão os valores destinados a esta área definidos nesta portaria.

§ 3º - Quando as despesas decorrentes da assistência prevista nesta área ultrapassarem o valor estipulado, seu excedente onerará a dotação destinada à Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar.

§ 4º - Se as despesas com fornecimento de medicamentos excepcionais não atingirem, mensalmente, o valor do teto estipulado, o saldo não poderá ser utilizado em outra atividade, sendo então destinado conforme estabelecido no § 2º, do artigo 13 desta portaria (BRASIL, SAS/MS n.º 184, 1999c).

Os recursos para as FIDEPS correspondem à fração do teto destinada ao pagamento dos hospitais Universitários e de Ensino credenciados, sob gestão estadual ou municipal.

§ 1º - Quando houver hospital sob gestão municipal, este item deverá ser explicitado na elaboração dos tetos dos municípios habilitados para Gestão Plena do Sistema Municipal.

§ 2º - A sistemática de pagamento do FIDEPS a ser adotada é aquela atualmente em vigor (BRASIL, SAS/MS n.º 184, 1999c).

Já, na área relativa ao impacto da implementação das Portarias citadas no item g, desta portaria, os recursos correspondem à fração do teto destinada ao custeio das ações assistenciais nelas previstas nos hospitais habilitados.

§ 1º - Os recursos destinados a esta área serão gradativamente incorporados ao teto previsto para Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar, à medida que os Estados tenham aprovado e cadastrado seus sistemas de Gestante de Alto Risco e Urgência/Emergência, e/ou tenham hospitais habilitados dentro das novas regras para cadastramento de UTIs e Neurocirurgia.

§ 2º - A incorporação a que se refere o § 1º ocorrerá até o limite previsto para o impacto da implementação das portarias de que trata este artigo.

§ 3º - Esgotado o limite previsto, o Estado poderá cadastrar novas unidades, sendo que os valores excedentes onerarão a dotação prevista para a Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar (BRASIL, SAS/MS n.º 184, 1999c).

Por último, os recursos na área relativa ao incremento da oferta e/ou qualidade dos serviços que corresponderão a uma fração do teto destinada ao custeio das despesas decorrentes da ampliação da assistência prestada no Estado.

§ 1º - A Secretaria Estadual de Saúde elaborará um Plano Operativo, com respectivo cronograma de execução, que demonstre o aumento de despesas em virtude da ampliação da oferta de serviços e/ou da melhoria da sua qualidade.

§ 2º - As Secretarias Executivas e de Assistência à Saúde somente avaliarão os Planos Operativos enviados se estiverem de posse das informações constantes da atualização do cadastro das Unidades Hospitalares e Serviços de Diagnóstico e Terapia do Sistema Único de Saúde, sendo que, para tanto, os estados deverão, previamente, cumprir o disposto na Portaria GM/MS nº 1890, de 18.12.97, e Portarias SAS/MS nºs 09, de 23.01.98, 60, de 02.06.98, 33 de 24.03.98 e 170, de 02.10.98.

§ 3º - Após a aprovação pelas Secretarias Executiva e de Assistência à Saúde, do Plano Operativo de que trata o § 1º, os recursos previstos para esta área serão incorporados ao teto da Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar.

§ 4º - Estes recursos destinam-se, igualmente, ao custeio daquelas unidades assistenciais construídas/reformadas e/ou equipadas com recursos disponibilizados pelo REFORSUS ou por meio de convênios com o Ministério da Saúde (BRASIL, SAS/MS n.º 184, 1999c).

Conforme Art. 11, da Portaria SAS/MS n.º 184, o remanejamento dos recursos poderá ocorrer a qualquer tempo, previamente à ocorrência dos eventos previstos, mediante solicitação da Secretaria Estadual da Saúde, com o aval da Comissão

Intergestores Bipartite, devendo ser justificado pela Secretaria Estadual de Saúde, por intermédio de Exposição de Motivos que demonstre a demanda/gasto atuais e a demanda/gasto potenciais, incluindo, também, as atividades envolvidas. Aprovada a Exposição de Motivos, pelas Secretarias Executiva e de Assistência à Saúde, a nova distribuição dos recursos passará a gerar efeitos financeiros a contar do mês subsequente à publicação de ato que a formalize.

Os próprios Estados poderão estabelecer critérios, e com aval de suas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, poderão realizar entre si acordos, com o objetivo de viabilizar referências interestaduais, visando a suprir/complementar sua assistência em áreas específicas para, assim, custear as ações previstas nesses acordos. O Estado destinará parcela de seu teto ao(s) Estado(s) receptor(es), e as Secretarias Executiva e de Assistência à Saúde adotarão as medidas necessárias à formalização das alterações dos tetos decorrentes dos acordos mencionados, sendo que estas irão acompanhar mensalmente a execução dos tetos (BRASIL, SAS/MS n.º 184, Art. 12, 1999c).

Quando os Estados ultrapassarem o Limite Financeiro Mensal estabelecido, a SAS devolverá, para correção e adequação, as fitas de processamento do SIA/SUS e SIH/SUS. No que se refere aos saldos dos recursos não utilizados por área e nas atividades previstas na programação, serão destinados 50% (cinquenta por cento) à incorporação ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC e os restantes 50% (cinquenta por cento) às ações que objetivem o incremento no processo de descentralização do SUS.

O financiamento de procedimentos incluídos, na Câmara Nacional de Compensação daquelas ações consideradas estratégicas e dos procedimentos que venham a ser incluídos pela SAS, será de responsabilidade direta do Ministério da Saúde e será executado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação.

No mesmo mês, o MS, revoga a Portaria SAS/MS n.º 184, com a aprovação da Portaria SE/SAS/MS n.º 01, de cinco de maio de 1999, a qual trouxe pequenas alterações, na questão do financiamento.

Com a aprovação e implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde- NOAS/SUS 01/2001, desencadeou-se uma nova reestruturação do SUS, houve grandes mudanças na política de assistência de alta complexidade, principalmente no que diz respeito ao processo de regionalização e hierarquização, o qual irá configurar uma nova dinâmica entre os três níveis de atenção em saúde.

Segundo a NOAS/SUS 01/2001, a responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz na definição de normas nacionais; no controle do cadastro nacional de prestadores de serviços: na vistoria de serviços, quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde; na definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS, na definição do elenco de procedimentos de alta complexidade; no estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime, diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços; na definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais; na busca de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados e no financiamento das ações (BRASIL, GM/MS n.º 95, 2001a).

A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal, sendo o gestor estadual responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo:

A - a definição da alocação de recursos orçamentários do Teto Financeiro da Assistência/ TFA do estado para cada área de alta complexidade;

B - a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, o que pode, dependendo das características do estado, requerer desconcentração ou concentração para a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a melhor utilização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade;

C - a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade;

D - a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre municípios;

E a definição de limites financeiros para a alta complexidade, com explicitação da parcela correspondente ao atendimento da população do município onde está localizado o serviço e da parcela correspondente a referências de outros municípios;

F - a condução dos remanejamentos necessários na programação da alta complexidade, inclusive com mudanças nos limites municipais;

G - os processos de vistoria para inclusão de novos serviços no que lhe couber, em conformidade com as normas de cadastramento do MS;

H - a implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros), podendo delegar aos municípios a operação desses mecanismos;

I - o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade;

J - a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a otimização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade (BRASIL, GM/MS n.º 95, 2001a).

Os municípios que tiverem, em seu território, serviços de alta complexidade/custo, quando habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território, visando assegurar o comando único sobre os prestadores, destacando-se:

A - a programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços, garantindo a possibilidade de acesso para a sua população e para a população referenciada conforme o acordado na PPI e no Termo de Garantia de Acesso assinado com o estado;

B - realização de vistorias no que lhe couber, de acordo com as normas do Ministério da Saúde;

C - condução do processo de contratação;

D - autorização para realização dos procedimentos e a efetivação dos pagamentos (créditos bancários);

E - definição de fluxos e rotinas intramunicipais compatíveis com as estaduais;

F - controle, a avaliação e a auditoria de serviços (BRASIL, GM/MS n.º 95, 2001a).

Já, nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica/GPAB ou Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada/GPABA, que tenham serviços de alta complexidade em seu território, as funções de gestão e relacionamento com os prestadores de alta complexidade são de responsabilidade do gestor estadual, podendo este delegar tais funções aos gestores municipais.

Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares que compõem a atenção de alta complexidade/custo¹⁴ que estão em vigor foram definidos por meio da Portaria SAS n.º 968, de 11 de dezembro de 2002.

Assim, o financiamento da alta complexidade dar-se-á de duas formas:

- parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos do Teto Financeiro da Assistência das unidades da federação;

- parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, ou de outro mecanismo que venha a substituí-lo com a mesma finalidade, e será gerenciado pelo Ministério da Saúde, de acordo com a regulamentação específica a ser estabelecida no prazo de 60 (sessenta) dias, em ato conjunto da SE e SAS.

O Ministério da Saúde definirá os valores dos recursos destinados ao custeio da assistência de alta complexidade para cada estado e estes, de acordo com a PPI, e dentro do limite financeiro estadual, deverão prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município, para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência.

A assistência de alta complexidade será programada no âmbito regional/estadual, e em alguns casos, macro-regional, tendo em vista as características especiais desse grupo

¹⁴ Maiores informações sobre de procedimentos ambulatoriais e hospitalares que compõem a atenção de alta complexidade/custo procedimentos, consultar anexo.

de alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.

A programação deve prever, quando necessário, a referência de pacientes para outros estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros estados, sendo que essa programação será consolidada pela SAS/MS. A programação da Atenção de Alta Complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição pela Secretaria de Estado da Saúde - SES de um limite financeiro claro para seu custeio, sendo que o Plano Diretor de Regionalização apontará as áreas de abrangência dos municípios-pólo e dos serviços de referência na Atenção de Alta Complexidade.

Quanto ao financiamento, os critérios de distribuição dos recursos destinados à assistência estavam historicamente centrados no pagamento por procedimentos. Essa modalidade de pagamento é reconhecidamente indutora de um perfil inadequado de oferta, constituindo um fator potencial de promoção de hiper-oferta de serviços, real ou fraudulenta, e mesmo, de heterogeneias. Tal modalidade está sendo paulatinamente substituída por sistemas de equalização das transferências por base populacional, inicialmente com o Piso de Atenção Básica- PAB, e mais recentemente, com o Piso de Atenção Básica Ampliado - PABA e também com a fixação de um valor per capita micro-regional destinado à cobertura do primeiro nível de referência da Média Complexidade- MC.

Contudo, foram sendo desmontadas, progressivamente, toda uma cultura e uma prática de financiamento bastantes introjetadas no cenário dos prestadores de serviços, mesmo os públicos, conseqüência de décadas de vigência do modelo herdado do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS.

Com a Programação Pactuada e Integrada – PPI, há uma ruptura das práticas anteriores, centradas exclusivamente na programação pelos procedimentos das tabelas de remuneração do SUS. A PPI configura novos critérios para o financiamento dos serviços de saúde, que devem estar baseados pelo nível de complexidade tecnológica (especialidades profissionais e equipamentos), permitindo a programação e a consequente alocação de recursos centrados em parâmetros per capita de concentração por nível de complexidade, fugindo à lógica da compra indiscriminada de serviços ofertados pela iniciativa privada.

A distribuição dos recursos passa, então, a ser coerente com o desenho de uma rede assistencial hierarquizada tecnologicamente, e solidária no atendimento da demanda, com a integralidade desejada e buscando resgatar um dos princípios básicos de organização do SUS, que é a universalidade.

A forma de transferência aos Estados e, principalmente, aos municípios, com repasses automáticos diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e municipais, rompem, também, com uma longa história de relação convenial entre os entes e às vontades dos agentes políticos em posição de poder (BRASIL, 2001 a).

A grande demanda e o congestionamento na oferta de serviços ou ações de saúde insuficientes levou a Secretaria de Assistência à Saúde – SAS a formular estratégias de ampliação da oferta e a facilitação quanto ao acesso a um conjunto de ações realizadas a partir da constituição de redes assistenciais (Urgência e Emergência, Assistência aos Grandes Queimados, Assistência a Pessoas Portadoras de Deficiências Físicas Gestão e Parto de Alto Risco, Unidade de Terapia Intensiva, Neurocirurgia, etc).

Surge, então, a necessidade de um acompanhamento eficaz dos recursos destinados ao financiamento das ações custeadas pelo FAEC, assegurando o controle e a qualidade dos atendimentos aos usuários do SUS, nos serviços estratégicos e de alta complexidade e, também,

a necessidade de hierarquizar a rede assistencial e os procedimentos das Tabelas Ambulatoriais e Hospitalares do SUS, contribuindo para facilitar o processo de elaboração da Programação Pactuada e Integrada – PPI pelos gestores estaduais e municipais do SUS.

Com isso, o MS resolve estabelecer que o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação seria constituído da seguinte subdivisão: Ações de Alta Complexidade e Ações Estratégicas, aprovando os Procedimentos de Alta Complexidade do SIA/SUS e os Procedimentos de Alta Complexidade do SIH/SUS¹⁵, como integrantes dos Sistemas de Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Sistema Único de Saúde. A produção referente a esses procedimentos será financiada com recursos do FAEC, devendo obedecer ao fluxo de apresentação definido no cronograma de transmissão dos arquivos e relatórios dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares, constante da Portaria SAS/MS Nº 22, de 22 de janeiro de 2001. Ainda no que se refere ao financiamento desses procedimentos, fica estabelecido:

§ 1º Os valores referentes ao financiamento destes procedimentos, apurados por meio do processamento realizado pelo Departamento de Informática do SUS/DATASUS, serão transferidos aos municípios e estados em Gestão Plena de Sistema e, no caso dos estados não habilitados, acrescidos aos respectivos limites financeiros.

§ 2º Para que os gestores dos estados, Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena de Sistema realizem, aos prestadores de serviços, os pagamentos objeto deste Artigo, o Ministério da Saúde fará o repasse para conta específica, vinculada ao respectivo Fundo de Saúde, sendo vedada a movimentação desta para outros fins.

§ 3º Quando as despesas decorrentes da assistência prevista nesta área ultrapassarem o valor estipulado para estados e/ou municípios em Gestão Plena, seu excedente onerará a dotação destinada à assistência de média complexidade.

§ 4º Os gestores estaduais/municipais farão o pagamento aos prestadores, observando o prazo estabelecido pela Portaria GM/MS nº 3.478, de 20 de agosto de 1998.

§ 5º O não cumprimento dos prazos estabelecidos no § 4º é motivo para a instauração de auditoria com vistas à desabilitação do município e/ou estado (BRASIL, GM/MS nº 627, 2001b).

Os Procedimentos Estratégicos SIA/SUS e os Procedimentos Estratégicos SIH/SUS serão, portanto, financiados pelo Ministério da Saúde, com recursos do Fundo de Ações

¹⁵ Maiores informações consultar anexo I e II Portaria GM/MS nº 627.

Estratégicas e Compensação - FAEC, porém o financiamento desses procedimentos, quando apurados por meio do processamento realizado pelo Departamento de Informática do SUS/DATASUS, serão transferidos aos municípios e Estados em Gestão Plena de Sistema e, no caso dos Estados não habilitados, acrescidos aos respectivos limites financeiros.

No caso, para que os gestores dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios em Gestão Plena do Sistema realizem os pagamentos aos prestadores de serviços, o Ministério da Saúde fará o repasse para conta específica, vinculada ao respectivo Fundo de Saúde, sendo vedada a movimentação desta para outros fins.

Os gestores estaduais/municipais farão o pagamento aos prestadores de acordo com o prazo estabelecido pela Portaria GM/MS nº 3.478, de 20 de agosto de 1998. O não cumprimento destes prazos estabelecidos será motivo para a instauração de auditoria com vistas à desabilitação do município e/ou estado.

Os recursos orçamentários correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: no Atendimento Ambulatorial, na Emergencial e Hospitalar, em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde - SUS e no Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar, prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde - SUS (Portaria, nº 627/GM, 2001g).

Por isso, faz-se necessário que a Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde providencie, junto ao Banco do Brasil, abertura de contas específicas para o pagamento aos estados e municípios habilitados em Gestão Plena de Sistema, dos procedimentos de alta complexidade e estratégicos.

As ações estratégicas continuaram a ser financiadas com recursos "extra teto" (grifo do autor) e sem limites estabelecidos por estados ou municípios. Já, os serviços de alta complexidade tiveram limite de gasto fixado por Estados e Municípios. No caso do Estado e Município ultrapassarem o seu limite, a SAS desconta o valor excedente dos

recursos destinados ao financiamento da Assistência de Média Complexidade. Assim, o financiamento dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade tecnológica ou custo, por sua relevância e elevado impacto nos tetos orçamentários estaduais, passou a ser coberto, também, com recursos do FAEC, permitindo a alocação, por parte do Ministério da Saúde, de recursos vinculados a esses procedimentos. Isso permitiu maior cobertura assistencial e o atendimento das pressões de demandas de casos de alta gravidade (BRASIL, 2001).

A Portaria GM/MS nº 132 (2001) define que os procedimentos estratégicos e de alta complexidade, custeados pelo FAEC, são de competência dos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal, de acordo com as prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, os quais são responsáveis pela contratação, cadastramento, autorização para realização de procedimentos, autorização de pagamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria das Unidades Prestadoras de Serviços do SUS.

Essa portaria também estabelece que a produção referente aos procedimentos financiados pelo FAEC deverá ser apresentada pelos prestadores de serviços aos respectivos gestores, para as providências relativas aos processamentos, seguindo os mesmos prazos, fluxos e rotinas estabelecidos pelo Sistema de Internações Hospitalares/SIH-SUS e Sistema de Informações Ambulatoriais/SIA-SUS (BRASIL, GM/MS nº 132, Art. 2, 2001)

Em relação aos pagamentos dos valores relativos aos procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, quando cumpridos os itens acima colocados, os mesmos serão executados pelo Ministério da Saúde diretamente aos prestadores de serviços, independentemente da condição de gestão do estado, município e Distrito Federal. No entanto, fica estabelecido, de acordo com o parágrafo único dessa portaria que os valores relativos a esses procedimentos deixam de ser repassados fundo, a

fundo ou para conta específica dos respectivos gestores habilitados em Gestão Plena do Sistema Estadual e Municipal (BRASIL, GM/MS nº 132, Art. 3, 2001).

Assim, através da Portaria/GM nº 2309, de 19 de dezembro de 2001, foi instituída a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC, com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência hospitalar de alta complexidade de nível ambulatorial. Acredita-se que essa medida, além de garantir o acesso aos pacientes de estados carentes de recursos assistenciais, terá o papel indutor de promover atenção aos pacientes em seus próprios estados, facilitando a assistência à sua saúde e à sua condição de vida.

A CNRAC ficará subordinada ao Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas- DECAS/SAS, a qual poderá assessorar-se de unidades hospitalares referenciais nas áreas de alta complexidade, que são: oncologia, traumatologia, cardiologia, neurocirurgia e cirurgia para epilepsia. Assim estabelecer-se-ão critérios de inclusão, avaliação de suficiência e pareceres técnicos, podendo haver novas inclusões. Porém, somente poderão ser inscritos na CNRAC as solicitações para atendimento de pacientes que necessitarem de assistência hospitalar de alta complexidade em outro estado, quando residirem em estado com ausência ou insuficiência na oferta desses procedimentos.

Considerando-se a Portaria nº 589 (2001), a qual define o Fluxo da CNRAC, resolve, através da Portaria nº 582(2002) definir a faixa numérica de APAC para utilização dos Estados e Distrito Federal, exclusivamente para procedimentos que exigem APAC, da Câmara de Compensação Nacional de Alta Complexidade - CCNAC, em que se estabelece que o número de APAC será liberado ao estado executante, pela CCNAC, de acordo com as avaliações de suficiência e pareceres técnicos emitidos pelas unidades de Referências, constantes da Portaria SAS/MS nº 589/2001, e define que: somente poderão ser inscritos na CNRAC as solicitações para atendimento de pacientes que necessitarem de assistência

hospitalar de alta complexidade, em outro estado, quando residirem em estado com ausência ou insuficiência na oferta; os valores referentes ao financiamento desses procedimentos, apurados por meio de processamento realizado pelo Departamento de informática do SUS – DATASUS, serão transferidos pela Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde aos Municípios e Estados em Gestão Plena de Sistema e, no caso dos estados não habilitados, acrescidos aos respectivos limites financeiros. Para que os gestores dos estados, Distrito Federal e dos municípios em gestão Plena do Sistema realizem os pagamentos, o Ministério da Saúde fará o repasse para conta específica já aberta para o pagamento de procedimentos estratégicos, vinculada ao respectivo Fundo de Saúde, sendo vedada a movimentação desta para outros fins.

Com a aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS/2002 (Portaria GM/MS n.º 373 de fevereiro de 2002), a política de atenção de alta complexidade/custo no SUS teve algumas alterações referentes a:

A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo passou a se traduzir nas seguintes atribuições:

- Definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, através da Central Nacional de Regulação para Procedimentos de Alta Complexidade;

- Quanto aos Estados:

- Coordenação da regulação da assistência em alta complexidade [no lugar de implementação de mecanismos de regulação] (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros);

- Regulação da referência intermunicipal dos serviços de alta complexidade será sempre efetuada pelo gestor estadual.

- No que se refere aos Municípios:

- A regulação dos serviços de alta complexidade será de responsabilidade do gestor municipal, quando o município encontra-se na condição de gestão plena do sistema municipal, e de responsabilidade do gestor estadual, quando o município encontra-se não habilitado ou em outra condição de gestão.

- Nas situações em que haja um município habilitado em GPSM de acordo com as regras estabelecidas pela NOB SUS 01/1996 e em que persistir a divisão do comando sobre os prestadores, a regulação dos serviços de alta complexidade, localizadas em seu território, deverá ser assumida pelo município ou pelo estado, respeitando o cronograma de ajuste do comando único aprovado na CIB estadual, conforme previsto no item 66¹⁶ da Norma.

- Nas situações em que persistir a divisão do comando sobre os prestadores, em município habilitado em GPSM, de acordo com as regras estabelecidas pela NOB SUS/1996, a regulação dos serviços de alta complexidade, em seu território, deverá ser assumida pelo município ou pelo estado, respeitando o cronograma de ajuste do comando único aprovado na CIB estadual, conforme previsto nessa Norma.

Caberá aos Estados, de acordo com a PPI e dentro do limite financeiro estadual, prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência.

Os estudos realizados pelo Ministério da Saúde, identificaram a necessidade de distribuir, com maior equidade, os recursos financeiros entre as regiões do país; e a Emenda Parlamentar ao Orçamento da União, aprovada pelo Congresso Nacional, que acrescentou recursos ao Orçamento do Ministério da Saúde com o objetivo de reduzir as

¹⁶ "Os municípios atualmente habilitados em gestão plena do sistema municipal, localizados em estados em que a gestão encontra-se compartilhada entre o gestor estadual e o municipal, deverão se adequar ao comando único coma transferência de gestão para a esfera municipal ou estadual, se for o caso, de acordo com o cronograma previamente estabelecido na CIB estadual" (BRASIL, GM/MS n.º 373, 2002)

diferenças regionais nos valores destinados à assistência à saúde e a necessidade de fortalecer mecanismos gerenciais que permitam um melhor acompanhamento de ações de saúde, especialmente daquelas de maior custo e/ou complexidade;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo, constatamos que muitos foram os avanços obtidos em termos de legislação em política de saúde, na perspectiva do direito. Porém, há muitos desafios e conquistas a serem efetuados para a garantia dos mesmos. Com a Reforma Administrativa do Sistema de Saúde no Brasil, percebemos que a mesma está seguindo as orientações políticas do Banco Mundial, causando graves impactos no Sistema Único de Saúde - SUS, o qual ainda está em fase de construção.

Nas décadas de 1980 e 1990, houve uma clara influência das agências internacionais, especialmente do Banco Mundial, na agenda das políticas sociais do Brasil. O debate sobre a Reforma do Estado e as políticas na área social alteram a orientação das políticas públicas, fazendo com que o mercado ganhe cada vez mais espaço. Segundo Almeida (2002), as propostas de reformas setoriais, surgiram na dinâmica das crises do câmbio global mais amplo, visto que se inscrevem num amplo movimento que vem tentando reverter e reformular os valores e princípios que orientam as políticas de saúde e a organização dos sistemas de serviços, através da redução de custos, favoráveis ao cortes do gastos públicos.

Assim, percebe-se uma minimização do papel do Estado na execução dos serviços e ações em saúde, repassando essa responsabilidade para os próprios indivíduos, ou seja, o Banco Mundial defende a redução do papel do Estado como prestador de serviços em saúde, e o fortalecimento do mercado para financiar e oferecer o cuidado à saúde. Reduzindo da prestação dos serviços públicos os procedimentos de alto custo, sendo estes então ofertados e comprados no mercado. Ocorre então uma ruptura, isto é, uma divisão dos níveis de atendimento em saúde oferecidos pela esfera pública e pela iniciativa privada.

Portanto, as propostas colocadas pelo BM para a saúde, no Brasil, estão voltadas para a focalização e seletividade das ações do Estado e a privatização do setor. Dessa

forma, quem tem condições pagaria por um sistema privado com serviços de alto nível, e o Estado usaria os recursos arrecadados para a saúde em serviços básicos, para as populações carentes.

No entanto, de acordo com a prática de estágio vivenciada numa instituição que atende aos ações e serviços de alta complexidade/custo, percebemos que, na realidade, as pessoas não têm condições de custear esse atendimento, e acabam procurando o serviço público, que atende diretamente essa área, visto que ainda é mais difícil conseguir uma vaga no setor público ou ser atendido numa instituição privada que presta serviços de alta complexidade financiados pelo SUS, a qual tem um limite de leitos e também não atende todos os procedimentos.

Podemos perceber que o Estado Nacional está atuando com outra função, não como prestador de serviço, mas, sim, como financiador dos mesmos, o que justifica o seu novo papel na da regulação das ações e serviços de alta complexidade. Ainda, segundo Almeida (1996), a partir dessas discussões, nos anos 1980, assistimos a uma série de processos de reformas dos sistemas de serviços de assistência médica, em que o discurso retórico sempre esteve centrado na competição, mas o resultado das reformas implementadas com esse viés, perceptível até o presente momento, tem sido de aumento da regulação estatal, uma vez que os mercados jamais funcionariam sem a "mão invisível" do Estado. Partindo desse contexto, podemos afirmar que o Estado, deixando a prestação dos serviços para o mercado, incentiva a concorrência e a competição entre as seguradoras privadas de saúde, favorecendo a redução de custos. Contudo, sabemos que isso fere os princípios do SUS.

Por isso, a importância de refletir sobre a política de alta complexidade na assistência em saúde, decorrente do processo de descentralização, regionalização/hierarquização. Pois, na medida em que essas ações e serviços se

expandem, faz-se necessário a regulação desses serviços por parte do Estado. Buscando assim, a garantia dos serviços prestados, ou seja, do direito à saúde, com vistas a contribuir para o aprimoramento do sistema de regionalização/hierarquização, no acesso e qualidade destes serviços.

Pelo fato dos serviços e ações de alta complexidade serem aparentemente menos perceptíveis/acessíveis ao próprio público, que tem pouca consciência e informações sobre estes, a falta de compreensão sobre o sistema não permite haver um maior controle, por parte da sociedade, repercutindo, também, na garantia da própria acessibilidade a esses serviços. Assim, através da regulação, visto a natureza genérica destes serviços, sua normatização e controle, poderiam ajudar a entender melhor a política de assistência na alta complexidade, contribuindo para uma capacitação técnica dos gestores no sistema de saúde, visto que percebemos que muitos usuários do sistema passam a ser vítimas dos próprios serviços, através de encaminhamentos errados.

Portanto, a partir da análise das portarias ministeriais sobre a política de alta complexidade em saúde, evidenciamos que estas se referem com grande centralidade à questão financeira, na busca da racionalização dos gastos. Portanto, a regulação do Estado neste nível de atendimento está privilegiando o tecnicismo e o racionalismo de custos e não para a garantia do direito à saúde.

Com relação aos objetivos da monografia, podemos constatar que foi difícil entender a dinâmica da alta complexidade, pela própria forma técnica dos documentos, que apenas tratam da questão financeira, e poucos são os escritos sobre a sua estruturação.

Podemos observar que o setor privado sempre atuou nas políticas de saúde, mesmo com a implantação do SUS. Podemos verificar que a participação do setor privado na esfera pública, de forma complementar no sistema, não desresponsabiliza o Estado da sua função de provedor e prestador da assistência integral e universal à saúde.

Observamos que o Estado, no nível nacional, está seguindo as diretrizes do Banco Mundial, atuando como regulador e não como prestador de serviços. Acentua-se fortemente o papel de regulador do ente estatal

O presente trabalho procurou contribuir, para a compreensão da política de alta complexidade, questão decorrente da experiência de estágio.

Verificaram-se, no decorrer da pesquisa realizada, algumas limitações. Uma delas está ligada à complexidade do tema, ao tratar sobre o nível de atendimento de alta complexidade nas políticas de saúde, pela falta de referências bibliográficas, e do fato de que os documentos referentes ao tema, que deveriam ser de domínio público são restritos e de difícil acesso, fator que fez nos questionar o porquê dessa restrição. Também ressaltamos o grande número de portarias editadas para cada procedimento e o revogamento das mesmas em curto período, as quais não são disponibilizadas na rede, do MS, dificultando a compreensão do seu processo histórico.

Outra limitação aparece na falta de análise ao discutir a utilização de uma esfera privada prestadora de serviços, sendo estes financiados pelo SUS. Ressaltamos que não analisamos os critérios para o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES, prestadores de serviços de assistência à saúde na alta complexidade, considerando a dificuldade de obter fontes seguras. Porém, conforme estudo realizado, percebemos que o MS cumpre com o pagamento dos prestadores dos serviços, o que faz percebermos o interesse das instituições privadas em ser prestador de serviços do SUS, na medida que muitas instituições privadas são isentas de imposto. Contudo, a exigência de 60% dos leitos destinados ao atendimento pelo SUS, por estas prestadoras, para oferecerem estes serviços fica debilitada, e quando os executam há uma diferenciação na prestação dos serviços.

Diante dessas limitações apresentadas acima, sugere-se outros estudos sobre a relação prestação de serviços privados e provimento financeiro público em alta complexidade visando compreender as relações de poder e a burocracia existente, assim como os interesses envolvidos entre as instituições públicas de saúde e os planos e seguro-saúde privados.

Outra sugestão é estudar a rede atendimento de um procedimento específico em alta complexidade, visto que cada procedimento tem inúmeras portarias, mapeando e identificando ações em saúde, bem como a inserção do profissional de Serviço Social nessas áreas.

ALMEIDA, Célia. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, n.5, v.1, p. 3-53, 1996.

_____. *Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad em América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90*. Rio de Janeiro. Caderno de Saúde Pública, 18(4), p. 905-925, jul.-ago. 2002.

BAHIA, Ligia. Planos de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro; n. 6, v. 2, p. 329 – 339, 2001.

BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993: Investindo em saúde. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

BATISTA, S. *Regulação da assistência*. Brasília, 2000. (mimeo)

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: Texto Constitucional de 5 de outubro de 1998 com as alterações adotada pela EC de n. 1, de 1992, a n. 31 de 2000 e pelas EC de Revisão de n. 1 a 6, de 1994. 16. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, coordenação de Publicações, 2001.

_____. Ministério da Administração e Reforma do Estado. *A Reforma do Aparelho do Estado e as mudanças Constitucionais: síntese e respostas a dúvidas mais comuns*. M.D.F e Reforma. Brasil: MARE, 1997. Cadernos MARE da Reforma do Estado; 6. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br>>. Acesso em: 04 de mar. 2003

_____. Ministério da administração Federal e Reforma do Estado. *A Reforma Administrativa do Serviço de Saúde*. Brasília: MARE, 1998, 33p. Cadernos MARE da Reforma do Estado, nº 13. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br>>. Acesso em: 04 de mar. 2003

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/1993, de 30 de abril de 1993. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/1996, de 6 de novembro de 1996. “Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à utilização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 de mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.971, de 09 de junho de 1998a. Redefine os tetos financeiros com recursos federais para a Assistência à saúde e para a operacionalização da descentralização das Unidades Assistenciais da Fundação Nacional de Saúde e das unidades Assistenciais do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>> Acesso em 16 abr. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002a. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>> Acesso em: 02 maio 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 627, de 26 de abril de 2001b. Estabelece que o Fundo de Ações Estratégicas e de compensação passa a ser constituído da seguinte subdivisão: Ações Estratégicas e Ações de Alta Complexidade. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001a. Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à utilização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 20-E, de 29 de jan. 2001. Seção 1. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 02 de mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 968, de 11 de dezembro de 2002b. Atualiza os Procedimentos de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações e Hospitalares, revogando a Portaria SAS/MS nº 526, de 16 de novembro de 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 531, de 30 de abril 1999. Definir os recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, que compõem o Teto Financeiro da Assistência à Saúde dos Estados e do Distrito Federal integrado por recursos para Atenção Básica e para Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade e Hospitalar. Disponível em: <www.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0531.html - 11k >. Acesso em: 02 maio 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 132, de 31 de janeiro de 2001. Define os procedimentos estratégicos e de alta complexidade. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SE/SAS nº 01, de 05 de maio de 1999a. Estabelece a programação dos recursos destinados ao custeio da Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar, de acordo com as áreas específicas. De. *Diário Oficial de União*, Brasília, DF, 07 maio 1999. nº 86 - E. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SE/SAS nº 42, de 30 de setembro de 1999b. Consolida a programação de recursos destinados ao custeio da Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SE/SAS nº 71, de 28 de setembro de 2001b. Fixa o limite mensal de recursos par a assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, do Estado de Santa Catarina. Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>> Acesso em: 16 abr. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SE/SAS nº 874, de 29 de novembro de 2000. Aprova as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, distrito federal e município, na área de vigilância sanitária. Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 582/SAS/MS, de 23 de agosto de 2002c. Define a faixa numérica de APAC, fixada pela CNCRAC para utilização pelos estados e Distrito Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago. 2002. Seção 1, n.164. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>> Acesso em: 26 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 589/GM/MS, de 27 de dezembro de 2001c. Implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC, com objetivo de organizar a referência Interestadual de Pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 2001. Seção1, n. 246. p.184. Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 18 abr. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 184, de 30 de abril de 1999c. Redefine os tetos financeiros com recursos federais para a Assistência à saúde e para a operacionalização da descentralização das Unidades Assistenciais da Fundação Nacional de Saúde e das unidades Assistenciais do Ministério da Saúde. Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 16 abr.2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 2043, de 11 de outubro de 1996a. Determina a implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 out.1996. Of. nº 1.497/1996, n.199. Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 3409, de 05 de agosto de 1998a. Institui a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade para tratamento de pacientes que requerem assistência de serviços cadastrados no SUS para Alta Complexidade não Ofertados na sua localidade de residência e institui a ficha de cadastro de hospitais participantes dos SIPAC'S. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 06 ago.1998. Seção 1, nº 149, p. 59. Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 526, de 16 de novembro de2001d. Atualiza os Procedimentos de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de

Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações e Hospitalares. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>> Acesso em: 04 abr.2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 65, de 06 de maio de 1993a. Define as ares que irão compor as Redes Integradas de Procedimentos de Alta Complexidade. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 maio 1993. nº 86. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/legisla/alta_cg/lei.htm>. Acesso em: 26 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Relatório de gestão Secretaria de Assistência à Saúde 1998/2001*. 2. ed. revista e modificada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002d.

_____. Ministério da Saúde. *SUS Descentralização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, dez. 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 483, de 6 de abril de 2001f. Define os objetivos e diretrizes gerais da PPI. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. Seção 1. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 05 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2309/GM/MS, de 19 de dezembro de 2001e. Institui no âmbito da Secretaria de Assistência a Saúde, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago. 2002. Seção 1, nº164. Disponível em : <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 05 mar. 2003.

_____. Senado Federal. Lei n. 8.142, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Senado Federal. Lei n. 8080, 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos Saúde Pública*, n. 13, ano 3, p. 469 – 478, jul.- set., 1997.

COHN, Amélia, et al. As heranças da saúde: da política da desigualdade à proposta da equidade. In: COHN, Amélia, et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991. Coleção Pensamento Social e Saúde, v. 7. p.13 -28.

COSTA, Maria Dalva. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, nº 62, p. 35-72, 2000.

COSTA, Nilson do Rosário. *Inovação Política, Ditributivismo e Crise: A política de saúde noa anos 80 e 90*. Revista Dado. Rio de Janeiro, n. 3. v. 39, 1996.

_____. *Políticas Públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social*. Saúde em debate. São Paulo: Hucitec, 1998.

GERSCAMAN, Silvia. O processo de reformulação do setor saúde. In: GERSCAMAN, Silvia *A democracia inconclusa*. Um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995. p.41-51.

LOBO, L.C.G. Sistema de Saúde: Análise e propostas. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v.10, n1, p. 23-29, jan./abr., 1986

LOCIIS, Maria Teresa Rogério. *Central de consultas da grande Florianópolis: um estudo de caso*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali. *Seletividade e a construção do sistema Único de Saúde em Santa Catarina no período 1987 - 1990*. 1994. Dissertação (Mestrado em Administração - Planejamento e Políticas Governamentais) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

_____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERITY, Emerson E.; BUENO, Wanderley S. *Organizações Sociais: autonomia de quem par quem?* Conferência Nacional de Saúde *On-Line*, junho de 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 26 mar. 2003.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Assimetrias e Tendências da Seguridade social Brasileira. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.65, ano XXII, p. 95 -123, 2001.

_____. *O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda*. 2002. 343f. Tese (Doutorado no Programa de Pós - Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

NORONHA, José Carvalho de; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS - SUDS - SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, Reinalado; TAVARES, Ricardo. *Saúde e Sociedade no Brasil*. Anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 73 - 111.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. *La Rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial*. Tema 5.2 del programa provisional , CD40/13 (Esp), 23 de julio de 1997. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/gov/cd/doc271.pdf>> Acesso em: 15 jun. 2003.

SANTA CATRINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Pano Diretor de Regionalização*. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, mar. 2002.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *Procedimentos operacionais para o credenciamento de unidades hospitalares em alta complexidade*. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Assuntos Hospitalares – DIAH. Gerência de Procedimentos de Alta Complexidade – GEPAC, 2002a. (mimeo).

_____. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br>>. Acessado em: 04 abr. 2003.

SCLIAR, M. *Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública*. Porto Alegre: L&PM, 1987.

SIMIONATTO, Ivete. Reforma do Estado abre caminho para o mercado. *Revista Inscrita*. Brasília, n. IV, p. 13-18, 1999.

SOARES, Laura Tavares. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. *Revista de Enfermagem*. Saúde da família. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN, n. especial, v. 53, trimestral, dez. 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC. Centro Sócio-Econômico. Departamento de Serviço Social. *Direito à Saúde: discurso, prática e valor*. Uma análise nos países do MERCOSUL. Relatório Parcial de Pesquisa CNPq/FUNCITEC. Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2002, (mimeo).

FONTES DE PESQUISA

BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado. *A Reforma do Aparelho do Estado e as mudanças Constitucionais: síntese e respostas a dúvidas mais comuns*. M.D.F e Reforma. Brasil: MARE, 1997. Cadernos MARE da Reforma do Estado; 6. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br>>. Acesso em: 04 de mar. 2003

_____. Ministério da administração Federal e Reforma do Estado. *A Reforma Administrativa do Serviço de Saúde*. Brasília: MARE, 1998, 33p. Cadernos MARE da Reforma do Estado, nº 13. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br>>. Acesso em: 04 de mar. 2003

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/1993, de 30 de abril de 1993. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/1996, de 6 de novembro de 1996. “Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à utilização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 de mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.971, de 09 de junho de 1998b. Redefine os tetos financeiros com recursos federais para a Assistência à saúde e para a operacionalização da descentralização das Unidades Assistenciais da Fundação Nacional de Saúde e das unidades Assistenciais do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>> Acesso em 16 abr. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002b. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>> Acesso em: 02 maio 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 627, de 26 de abril de 2001b. Estabelece que o Fundo de Ações Estratégicas e de compensação passa a ser constituído da seguinte subdivisão: Ações Estratégicas e Ações de Alta Complexidade. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001a. Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à utilização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial da*

República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 20-E, de 29 de jan. 2001. Seção 1. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 02 de mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 968, de 11 de dezembro de 2002c. Atualiza os Procedimentos de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações e Hospitalares, revogando a Portaria SAS/MS nº 526, de 16 de novembro de 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 531, de 30 de abril 1999. Definir os recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, que compõem o Teto Financeiro da Assistência à Saúde dos Estados e do Distrito Federal integrado por recursos para Atenção Básica e para Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade e Hospitalar. Disponível em: <www.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0531.html - 11k >. Acesso em: 02 maio 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 132, de 31 de janeiro de 2001. Define os procedimentos estratégicos e de alta complexidade. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SE/SAS nº 01, de 05 de maio de 1999a. Estabelece a programação dos recursos destinados ao custeio da Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar, de acordo com as áreas específicas. De. *Diário Oficial de União*, Brasília, DF, 07 maio 1999. nº 86 - E. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SE/SAS nº 42, de 30 de setembro de 1999c. Consolida a programação de recursos destinados ao custeio da Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SE/SAS nº 71, de 28 de setembro de 2001d. Fixa o limite mensal de recursos par a assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, do Estado de Santa Catarina. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>> Acesso em: 16 abr. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SE/SAS nº 874, de 29 de novembro de 2000. Aprova as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, distrito federal e município, na área de vigilância sanitária. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 582/SAS/MS, de 23 de agosto de 2002a. Define a faixa numérica de APAC, fixada pela CNCRAC para utilização pelos estados e Distrito

Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago. 2002. Seção 1, n.164. Disponível em: < <http://www.in.gov.br>.> Acesso em: 26 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 589/GM/MS, de 27 de dezembro de 2001a. Implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC, com objetivo de organizar a referência Interestadual de Pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 2001. Seção 1, n. 246. p.184. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>.>. Acesso em: 18 abr. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 184, de 30 de abril de 1999b. Redefine os tetos financeiros com recursos federais para a Assistência à saúde e para a operacionalização da descentralização das Unidades Assistenciais da Fundação Nacional de Saúde e das unidades Assistenciais do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>.>. Acesso em: 16 abr.2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 2043, de 11 de outubro de 1996a. Determina a implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 out.1996. Of. nº 1.497/1996, n.199. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>.>. Acesso em: 26 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 3409, de 05 de agosto de 1998a. Institui a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade para tratamento de pacientes que requerem assistência de serviços cadastrados no SUS para Alta Complexidade não Ofertados na sua localidade de residência e institui a ficha de cadastro de hospitais participantes dos SIPAC'S. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 06 ago.1998. Seção 1, nº 149, p. 59. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>.>. Acesso em: 26 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 526, de 16 de novembro de 2001c. Atualiza os Procedimentos de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações e Hospitalares. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>.> Acesso em: 04 abr.2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 65, de 06 de maio de 1993a. Define as ares que irão compor as Redes Integradas de Procedimentos de Alta Complexidade. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 maio 1993. nº 86. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/legisla/alta_cg/lei.htm.>. Acesso em: 26 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Relatório de gestão Secretaria de Assistência à Saúde 1998/2001*. 2. ed. revista e modificada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002d.

_____. Ministério da Saúde. *SUS Descentralização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, dez. 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 483, de 6 de abril de 2001f. Define os objetivos e diretrizes gerais da PPI. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. Seção 1. <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 05 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2309/GM/MS, de 19 de dezembro de 2001e. Institui no âmbito da Secretaria de Assistência a Saúde, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago. 2002. Seção 1, nº164. <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas//PORTARIAS/Port2001/GM/GM-627.htm>>. Acesso em: 05 mar. 2003.

_____. Senado Federal. Lei n. 8.142, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Senado Federal. Lei n. 8080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br>>. Acessado em: 04 abr. 2003.

ANEXOS

ANEXO I

LISTA DOS PROCEDIMENTOS CONSTANTES DA CÂMARA NACIONAL DE COMPENSAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE :

EPILEPSIA

- 81.001.01.0 - Exploração Diagnóstica da Epilepsia
- 40.001.04.0 - Tratamento Cirúrgico da Epilepsia

IMPLANTE OSTEOINTEGRADO ORAL

- 41.001.03.7 - Implante Dentário Osteointegrado I (uma unidade)
- 41.002.03.3 - Implante Dentário Osteointegrado (duas unidades)
- 41.003.03.0 - Implante Dentário Osteointegrado (três unidades)
- 41.004.03.6 - Implante Dentário Osteointegrado (4 a 6 unidades)
- 41.005.03.2 - Implante Dentário Osteointegrado (mais de 7 unidades)

LESÕES LÁBIO - PALATAIS

- 38.040.02.6 - Palatoplastia completa
- 38.041.02.2 - Palatoplastia com enxerto ósseo ou retalho
- 38.042.02.9 - Palatoplastia parcial
- 38.043.02.5 - Palato-labioplastia Uni ou Bilateral (por estágio)
- 38.046.02.4 - Cirurgia Ortognática para Maxilar ou Maxilar/Mandibular
- 38.047.02.0 - Cirurgia Ortognática tipo Le Fort III
- 41.020.03.1 - Tratamento Ortodôntico em Lesões Lábio-Palatais
- 41.021.03.1 - Reabilitação Protética Ortodôntica em Lesões Lábio-Palatais
- 37.040.01.4 - Implante Coclear
- 38.012.08.1 - Rinoplastia em pacientes com Lesões Lábio- Palatais
- 38.013.08.8 - Septoplastia em pacientes com Lesões Lábio-Palatais
- 38.014.09.2 - Alongamento de columela em pacientes com Lesões Lábio-Palatais
- 41.040.03.2 - Implante Osteointegrado Extra- Oral

CIRURGIA CARDÍACA

- 33.013.01.9 - Marca Passo (troca de gerador de estímulo)
- 32.014.01.5 - Marca-Passo Cardíaco (epicárdico)
- 32.015.01.1 - Marca-Passo Cardíaco (intracavitário)
- 32.002.01.7 - Cardiorrafia
- 32.004.01.0 - Cardiotomia e Pericardiotomia
- 32.016.01.8 - Pericardiectomia
- 32.018.01.0 - Valvotomia Cardíaca sem uso de extracorporea
- 32.011.01.6 - Cirurgia de Coronária com extra- corpórea
- 32.019.01.7 - Valvoplastias
- 32.020.01.5 - Implante de prótese Valvular
- 32.031.02.5 - Ventriculoseptoplastia (pós infarto do miocárdio)
- 32.023.01.4 - Coronarioplastia
- 32.024.01.0 - Valvoplastia Pulmonar
- 32.025.01.7 - Valvoplastia Aórtica
- 32.026.01.3 - Valvoplastia Mitral

- 32.027.01.0 - Aortoplastia de Coarctação
- 32.030.01.0 - Estudo Eletrofisiológico I
- 32.003.04.8 - Anastomose Sistemico- Pulmonar
- 32.021.04.6 - Cura Cirúrgica da PCA
- 32.021.01.1 - Correção de Cardiopatia Congênita com uso de CEC.
- 32.031.01.7 - Estudo Eletrofisiológico Diagnóstico e Terapêutico

TRANSPLANTES

- 46.800.01.8 - Transplante de Coração
- 46.801.01.4 - Transplante de Pulmão
- 46.802.01.0 - Transplante de Medula Óssea Autologo
- 46.803.01.7 - Transplante de Medula Óssea Alogenico não aparentado
- 47.800.01.1 - Retransplante de coração
- 47.800.08.9 - Retransplante de Fígado
- 47.801.01.8 - Retransplante de Pulmão
- 31.802.01.0 - Transplante Renal Receptor - Doador Vivo
- 31.805.01.9 - Transplante Renal Receptor - Doador Cadáver
- 47.805.01.3 - Acompanhamento pós transplante de rim(s), fígado, pulmão(s) ou coração
- 47.807.01.6 - Acompanhamento pós transplante de córnea (bi / unilateral)

ANEXO II

FICHA DE CADASTRO DOS HOSPIAIS PARTICIPANTES DOS SIPAC'S - CÂMARA NACIONAL DE COMPENSAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE HOSPITALARES DE ALTA COMPLEXIDADE :

Hospital :
 CGC/MF :
 Endereço :

Município :
 U.F.
 CEP
 TEL DDD() -

CIRURGIA CARDÍACA

Número de leitos cirúrgicos (da Cirurgia Cardíaca) :
 Número de sala (s) cirúrgica(s) da especialidade :

IMPLANTE DENTÁRIO OSTEOINTEGRADO

Número de leitos para a especialidade :
 Número de equipos odontológicos p/ os procedimentos de implante :

LESÕES LABIO PALATAIS

Número de leitos para a especialidade :
Número de equipos odontológicos para os procedimentos do SIPAC

EPILEPSIA

Número de leitos cirúrgicos p/ especialidade :
Número de leitos clínicos para a especialidade :

CÂNCER

Número de leitos cirúrgicos p/ oncologia
Número de leitos clínicos p/ especialidade (adulto)
Número de leitos clínicos p/ especialidade (até 12 anos)

NEUROCIRURGIA

Número de sala(s) cirúrgica(s) p/ especialidade :
Número de leitos p/ especialidade :
Realiza cirurgia estereotáxica
Realiza microcirurgia
Possui residência médica na especialidade (credenciada MEC) :

ORTOPEDIA

Número de salas cirúrgicas para a especialidade Ortopedia:
Credenciado nas sub-especialidades : Mão

TRANSPLANTES

Credenciado para Transplantes de :

Rim () Medula Óssea () Coração () Pulmão () Córnea () Fígado ()

Possui equipe (médico , assistente social, psicólogo,etc) para captação de doadores de órgãos :

Possui equipe para avaliação de morte cerebral :

ANEXO II

D.O.U nº 240 de 12 de Dezembro de 2002

PORTARIA Nº 968, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2002

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando as disposições da Portaria GM/MS Nº 627, de 26 de abril de 2001, que estabelece a subdivisão do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC em Ações de Alta Complexidade e Ações Estratégicas e aprova os procedimentos de alta complexidade e estratégicos do SIA e SIH/SUS;

Considerando a autorização concedida à Secretaria de Assistência à Saúde, por meio do Artigo 2º, da Portaria GM/MS Nº 2.103, de 13 de novembro de 2001, e

Considerando os pertinentes estudos e avaliações realizados pela Secretaria de Assistência à Saúde em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, com o objetivo de atualizar a relação de procedimentos de ações de alta complexidade e estratégicas, resolve:

Art. 1º - Atualizar, na forma dos anexos I, II, III e IV desta Portaria, os Procedimentos de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares - SIA e SIH/SUS.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria SAS/MS nº 526, de 16 de novembro de 2001.

RENILSON REHEM DE SOUZA

ALTA COMPLEXIDADE - SIA-SUS

ANEXO I

| | |
|--|--|
| 07011032 Parecer para Estabelecimento de Nexos Causais | 19083025 Litotripsia Extra Corpórea por Onda de Choque para Tratamento Parcial ou Completo de Litiase em uma Região Renal |
| 07012217 Consulta em Medicina do Trabalho - Sem estabelecimento de nexos causais | 19083033 Litotripsia Extra Corpórea por Onda de Choque para Tratamento Parcial ou Completo de Litiase em duas Regiões Renais |
| 11016078-Dosagem de Ciclosporina | 19083041 Litotripsia Extra Corpórea por Onda de Choque para Tratamento Subsequente de Litiase de uma Região Renal |
| 13051067 Tórax PA Específico para Pneumoconioses | 19083050 Litotripsia Extra Corpórea por Onda de Choque para Tratamento Subsequente de Litiase de duas Regiões Renais |
| 13053043 Tórax PA Específico para Pneumoconioses | 19151055 Atendimento em Oficina Terapêutica I para Pessoas Portadoras de Deficiência - por oficina |
| 13092057-Densitometria Óssea Duo Energética De Coluna (Vertebras Lombares) + Colo De Fêmur | 19151063 Atendimento em Oficina Terapêutica II para pessoas Portadoras de Deficiência - por oficina |
| 13111027-Mielografia - 1 Segmento | 19151071 Atendimento em Oficina Terapêutica I para Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais -por oficina |
| 13112015-Pneumielografia De Dois Ou Mais Segmentos | 19151080 Atendimento em Oficina Terapêutica II para Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais -por oficina |
| 13112023-Mielografia De Dois Ou Mais Segmentos | 20011016 -Instalação Endoscópica de Catéter de Duplo J |
| 13121014-Aortografia Abdominal | 26011018-Cateterismo De Câmaras Cardíacas Direita E/Ou Esquerda E Cineangiogramas Direita E Esquerda Com Aortografia |
| 13121022-Arteriografia De Carótida | 26011026-Cateterismo De Câmaras Cardíacas Direita E/Ou Esquerda, Aortografia E Cineangiografia Esquerda, Aortografia E Cineangiogramas |
| 13121030-Arteriografia Do Membro Inferior | 26021021-Estudo De Metabolismo Miocárdico Com Cateterismo dos Seios Venosos Coronarianos e Estudo Cineangiogramas |
| 13121049-Arteriografia Membro Superior | 28011015-Acelerador Linear/Só De Fótons (Por Campo) |
| 13121057-Cavernosografia | 28011023-Acelerador Linear De Fótons E Elétrons (Por Campo) |
| 13121073-Flebografia De Membro | 28011031-Betaterapia Dérmica (Por Campo) - Máximo De 10 Campos Por Trat/Área (Máximo De 3 Áreas) |
| 13121081-Aortografia Trans-Lombar | 28011040-Betaterapia Oftálmica (Por Campo) - Máximo 5 Campos Por Tratamento |
| 13121090-Portografia | 28011058-Bloco De Colimação Personalizado (Por Bloco - Max 2 Blocos Por Tratamento) |
| 13122029-Aortografia Torácica | 28011066-Braquiterapia De Alta Taxa De Dose. Exclusivo Para Trat Do Câncerolo Uterino Por Inserção) Máx De 4 Por Tratamento |
| 13122037-Arco Aórtico | 28011074-Check-Film (Por Mês) |
| 13122045-Arteriografia Seletiva Por Cateter Por Vaso | 28011082-Cobaltoterapia - Por Campo |
| 13122053-Arteriografia Seletiva Vertebral | 28011090-Contatoterapia - Ortovoltagem Sw 10 A15 Kv (Por Campo) Máximo De Campos Por Tratamento/Área (Máximo De 3 Áreas) |
| 13122061-Arteriografia Seletiva De Carótida - Por Cateterismo | 28011104-Irradiação De Meio Corpo (Máximo De 5 Por Tratamento) |
| 13122070-Arteriografia Cérvico-Torácica | |
| 13122088-Arteriografia Digital Por Via Venosa | |
| 13122096-Arteriografia Medular | |
| 13122100-Arteriografia Seletiva Braquial | |
| 13122118-Arteriografia Seletiva Carótida Externa | |
| 13122126-Arteriografia Seletiva Femoral | |
| 13122134-Arteriografia Seletiva Subclávia | |
| 13122142-Arteriografia Seletiva Visceral (Artéria ou Veia) | |
| 13122150-Cavografia Inferior Ou Superior | |
| 13122169-Flebografia Retrógrada Por Cateterismo | |
| 13122177-Linfoangiogramas - Unilateral | |
| 13122185-Portografia Trans - Hepática | |
| 13122193-Arteriografia Seletiva De Carótida Comum | |
| 13122207-Aortografia Pélvica | |
| 13123017-Arteriografia Medular Multisegmentar | |

| |
|---|
| 28011139-Máscara Ou Imobilização Personalizada (Por Tratamento) |
| 28011147-Narcose De Criança (Por Procedimento) |
| 28011155-Planejamento Com Simulador (Por Tratamento) |
| 28011163-Planejamento De Braquiterapia De Alta Taxa De Dose por Tratamento |
| 28011171-Planejamento Sem Simulador (Por Tratamento) |
| 28011180-Radioterapia Estereotáxica - (Por Tratamento - Máx De 1) |
| 28011198-Roentgenerapia Profunda Ortovoltagem De 150 A 500 Kw Por Campo Máx De 30 Por Tratamento /Área (Máximo De 30 Áreas) |
| 28011201-Roentgenerapia Superficial (Por Campo) - Máx De 30 Trat/Área Ortovoltagem De 50 A 150 Kw |
| 28011210- Braquiterapia De Alta Taxa De Dose Para Adenocarcinoma De Endométrio Por Inserção - Máx De 4 Inserções Por Tratamento |
| 28011228 - Braquiterapia De Alta Taxa De Dose Para Carcinoma Epidermoide De Vagina |
| 28011236 -Braquiterapia De Alta Taxa De Dose Para Carcinoma Epidermoide De Vulva |
| 28021010-Betaterapia Para Profilaxia De Pterígio (Por Campo) Máx De 5 Campos |
| 28021029-Radioterapia Antiinflamatória (Por Campo) Máximo De 10 Campos |
| 28021037-Radioterapia Para Profilaxia De Quelóide (Por Campo) Betaterapia Dermica Máximo De 100 Campos |
| 29011019-Carcinoma De Nasofaringe |
| 29011027-Neoplasia Maligna Epitelial De Cabeça E Pescoço |
| 29011035-Carcinoma Pulmonar De Células Não Pequenas |
| 29011051-Carcinoma Pulmonar Indiferenciado De Células Pequenas |
| 29011060-Adenocarcinoma De Pâncreas |
| 29011078-Carcinoma Epidermoide Ou Adenocarcinoma De Esôfago |
| 29011086-Adenocarcinoma De Estômago |
| 29011094-Adenocarcinoma De Cólon - 1ª Linha |
| 29021022-Adenocarcinoma De Cólon 2ª Linha |
| 29021030-Adenocarcinoma De Reto 1ª Linha |
| 29021057-Adenocarcinoma De Reto 2ª Linha |
| 29021065-Carcinoma Epidermoide De Reto, De Canal Anal E Margem Anal |
| 29021073-Adenocarcinoma De Próstata - Hormonioterapia 1ª Linha |
| 29021081-Adenocarcinoma De Próstata - Hormonioterapia 2ª Linha |
| 29021090-Adenocarcinoma De Próstata Resistente A Hormonioterapia |
| 29031010-Carcinoma Epidermoide Ou Adenocarcinoma Do Colo Uterino |
| 29031028-Adenocarcinoma De Endométrio - Hormonioterapia |
| 29031036-Neoplasia Maligna Epitelial De Ovário (Estadio 4 Ou Recidiva) 1ª Linha |
| 29031052-Neoplasia Maligna Epitelial De Ovário (Estadio 4 Ou Recidiva) 2ª Linha |
| 29031060-Carcinoma De Mama - Hormonioterapia 1ª Linha |
| 29031079-Carcinoma De Mama - 2ª Linha |
| 29031087-Carcinoma De Mama - Exclusivo Para Pós Menopausa-Hormonioterapia 2ª Linha |
| 29031095-Carcinoma De Mama(Ambos Os Sexos) - Quimioterapia 1ª Linha |
| 29041015-Carcinoma De Mama(Ambos Os Sexos) Quimioterapia 2ª Linha |
| 29041023-Doença Linfoproliferativa Rara - 1ª Linha |
| 29041031-Doença Linfoproliferativa Rara - 2ª Linha |
| 29041040-Doença Mieloproliferativa Rara - 1ª Linha |
| 29041058-Doença Mieloproliferativa Rara - 2ª Linha |
| 29041082-Carcinoma Indiferenciado De Tireoide |
| 29041090-Carcinoma De Adrenal |
| 29051010-Carcinoma De Células Renais Da Pelve Renal, De Ureter Ou Da Bexiga Urinária |
| 29051029-Carcinoma De Pênis |
| 29051037-Melanoma Maligno |
| 29051045-Tumores Do Sistema Nervoso Central (Glioma) |

| |
|--|
| 29051053-Apudoma |
| 29051061-Sarcoma De Partes Moles (Estádio IV B ou Recidiva) |
| 29051070-Sarcoma Ósseo |
| 29051088-Metástase De Tumor Primário Desconhecido (Adenocarcinoma) |
| 29051096-Metástase De Tumor Primário Desconhecido (Carcinoma Epidermoide) |
| 29061016-Metástase De Tumor Primário Desconhecido |
| 29071011-Linfoma Não Hodgkin De Baixo Grau De Malignidade 1ª Linha |
| 29071020-Linfoma Não Hodgkin De Baixo Grau De Malignidade 2ª Linha |
| 29071038-Leucemia Linfocítica Crônica |
| 29071046-Fase Crônica de Leucemia Mielóide Crônica (Controle Sanguíneo) |
| 29071054-Fase Crônica de Leucemia Mielóide Crônica (Controle Sanguíneo E Citogenético) 1ª linha |
| 29071062-Tricoleucemia |
| 29071070-Tricoleucemia (Procedimento Único e Exclusivo) |
| 29071089-Neoplasia De Células Plasmáticas 1ª Linha |
| 29071097-Neoplasia De Células Plasmáticas 2ª Linha |
| 29071100-Leucemia Linfocítica Crônica - 2ª Linha |
| 29071151 - Fase de Transformação de Leucemia Mielóide Crônica-Cromossoma Philadelphia positivo ao exame de citogenética (Com Tratamento Anterior de 2ª linha em Fase Crônica) ou Cromossoma Philadelphia desconhecido ou negativo ao exame de citogenética (incluindo Antibióticos Profiláticos e Terapêuticos) - 1ª linha |
| 29071160 - Fase de Transformação de Leucemia Mielóide Crônica (incluindo Antibióticos Pro-filáticos e Terapêuticos) - 2ª linha |
| 29071186- Fase de Blástica de Leucemia Mielóide Crônica - Cromossoma Philadelphia positivo ao exame de citogenética (com Tratamento Anterior de 2ª linha em Fase Crônica) ou cromossoma Philadelphia desconhecido ou negativo ao exame de citogenética, incluindo antibiótico profiláticos e terapêuticos - 1ª linha |
| 29071194- Fase de Blástica de Leucemia Mielóide Crônica (Incluindo Antibióticos Profiláticos e Terapêuticos) - 2ª linha |
| 29081017-Carcinoma Epidermoide Dos Seios Para-Nasais, Laringe E Hipofaringe |
| 29081025-Carcinoma De Nasofaringe |
| 29081033-Carcinoma Pulmonar De Células Não Pequenas (Estadio IIIA e IIIB) |
| 29081041-Carcinoma Pulmonar Indiferenciado De Células Pequenas |
| 29081050-Carcinoma Epidermoide Ou Adenocarcinoma De Esôfago Estádio III |
| 29081068-Adenocarcinoma De Reto (Estádios II E III Ou Dukes B e C) |
| 29081076-Carcinoma Epidermoide De Reto, De Canal Anal E Margens Anais (Est II e III) |
| 29081084-Carcinoma Epidermoide Ou Adenocarcinoma Do Colo Uterino (Est III e IV A) |
| 29081092-Carcinoma Epidermoide De Vulva |
| 29091012-Neoplasia Maligna Epitelial De Ovário (Est III 1ª Linha) |
| 29091020-Neoplasia Maligna Epitelial De Ovário (Est III 2ª Linha) |
| 29091039-Carcinoma De Mama (Ambos Os Sexos) - (Est III 1ª Linha) |
| 29091047-Carcinoma De Mama (Ambos Os Sexos) - (Est III 2ª Linha) |
| 29091055-Carcinoma De Bexiga (Estádio III) |
| 29091063-Sarcoma Ósseo/Osteossarcoma 1ª Linha |
| 29091071-Osteossarcoma - 2ª Linha |
| 29101018-Carcinoma de nasofaringe (estádios III e IV sem metástase a distância) |
| 29101026-Carcinoma Epidermoide De Cabeça E Pescoço |
| 29101034-Carcinoma Pulmonar De Células Não Pequenas Estagio III B |
| 29101050-Carcinoma Pulmonar Indiferenciado De Células Pequenas (Doença Limitada) |
| 29101069-Adenocarcinoma De Cólon (Estádios II e III Ou Dukes B e |

| |
|---|
| C) |
| 29101077-Adenocarcinoma De Reto (Estádios II e III Ou Dukes B e C) |
| 29101085-Neoplasia Maligna Epitelial De Ovário (Estádios IA e IB/G3,G4 e Est Ic E IiIe, Est III Sem Doença Residual Pos Operatória) |
| 29111021-Neoplasia De Células Germinativas De Ovário |
| 29111030-Carcinoma De Mama (Estádio I Clínico Ou Patológico) Recep Neg Ou Pre Menopausa |
| 29111048-Carcinoma De Mama (Estádio II Clínico Ou Patológico) Sem Linfonodos Axilares Acometidos Receptor Negativo Ou Pre Menopausa |
| 29111056-Carcinoma De Mama (Estádio II Clínico Ou Patológico) Hormonioterapia |
| 29111064-Carcinoma De Mama (Estádio II Clínico Ou Patológico) Quimioterapia |
| 29111072-Carcinoma De Mama (Estádio II Clínico Ou Patológico) Hormonioterapia |
| 29111080-Carcinoma De Mama (Estádio II Clínico Ou Patológico) (Receptor Negativo) - Quimioterapia |
| 29111099-Carcinoma De Mama (Estádio II Clínico Ou Patológico) (Receptor Positivo) - Quimioterapia |
| 29111102-Carcinoma De Mama (Estádio I Clínico Ou Patológico) Hormonioterapia |
| 29121019-Carcinoma De Mama (Ambos Os Sexos) (Estádio II Clin Ou Patol)- Quimioterapia |
| 29121027-Carcinoma De Mama (Ambos Os Sexos) (Estádio II Clin Ou Patol) Risco Cardíaco Alto -Quimioterapia |
| 29121035-Carcinoma De Mama (Estádio II Clínico Ou Patológico) - Hormonioterapia |
| 29121043-Carcinoma De Mama (Ambos Os Sexos) (Estádio II Clin Ou Pat) - Quimioterapia |
| 29121051-Carcinoma De Mama (Ambos Os Sexos) (Estádio III Cli Ou Patol) -Risco Cardíaco Alto - Quimioterapia |
| 29121060-Carcinoma De Mama (Ambos Os Sexos) (Estádio III Cli Ou Pat) -Hormonioterapia |
| 29121094-Sarcoma De Partes Moles - (G2 Ou G3 Tumor > 5cm Extremidade) |
| 29131014-Osteossarcoma |
| 29131022-Sarcoma Ósseo |
| 29141010-Doença De Hodgkin - (Estádio I E II) |
| 29141028-Doença De Hodgkin (Estádio III E IV) - 1ª Linha |
| 29141036-Doença De Hodgkin(Qualquer Estádio) - 2ªLinha |
| 29141044-Linfoma Não Hodgkin De Graus De Malignidade Interm E Alto 1ª Linha |
| 29141052-Linfoma Não Hodgkin De Graus De Malignidade Interm E Alto 2ª Linha |
| 29141060-Linfoma Não Hodgkin De Graus De Malignidade Interm E Alto 3ª Linha |
| 29141079-Doença Linfoproliferativa Rara |
| 29141087-Leucemias Agudas |
| 29141095-Leucemia Pro-Mielocítica Aguda - 1ª Linha |
| 29141109-Leucemia Pró-Mielocítica Aguda - Fases Subseqüentes |
| 29141117-Doença De Hodgkin (Qualquer Estadio) - 3ª Linha |
| 29151015-Tumores Malignos De Testículo - 1ª Linha |
| 29151031-Tumores Malignos De Testículo - 2ª Linha |
| 29151040-Neoplasia Trofoblástica Gestacional |
| 29151058-Neoplasia Trofoblástica Gestacional(Coriocarcinoma De Risco Baixo) |
| 29151066-Neoplasia Trofoblástica Gestacional (Coriocarcinoma de Risco Alto ou Coriocarcinoma de Risco Baixo) |
| 29151074-Neoplasia Ovariana De Células Germinativas Extra Gonadal |
| 29151082-Neoplasia De Células Germinativas Extra-Gonadal |
| 29151090-Leucemias Agudas (1ª Recidiva) |
| 29151104-Leucemias Agudas (2ª Recidiva) |
| 29151112-Leucemias Agudas (3ª Recidiva) |
| 29161010-Câncer Na Infância E Adolescência (Até 18 Anos) |
| 29161029-Câncer Na Infância E Adolescência - 1ª Recidiva |

| |
|---|
| 29161037-Osteossarcoma Recidivado |
| 29161045-Câncer Na Infância E Adolescência - 2ª Recidiva |
| 29161053-Câncer Na Infância E Adolescência - 3ª Recidiva |
| 29171016-Inibidor Da Osteólise |
| 29171024-Fator Estimulante Do Crescimento De Colônias De Granulócitos Ou Macrófagos |
| 29171032-Quimioterapia Intra-Tecal |
| 29171040-Quimioterapia Intra-Vesical |
| 31011012-Angiografia Por Ressonância Magnética |
| 31011020-Ressonância Magnética Do Tornozelo Ou Pé Unilateral |
| 31011039-Ressonância Magnética Da Articulação Coxo-Femural Bilateral |
| 31011047-Ressonância Magnética Da Coluna Cervical |
| 31011055-Ressonância Magnética Da Coluna Lombo-Sacra |
| 31011063-Ressonância Magnética Da Coluna Torácica |
| 31011071-Ressonância Magnética De ATM (Bilateral) |
| 31011080-Ressonância Magnética De Bacia Ou Pélvis |
| 31011098-Ressonância Magnética De Cotovelo/ Punho (Unilateral) |
| 31011101-Ressonância Magnética De Crânio |
| 31011110-Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral) |
| 31011128-Ressonância Magnética De Segmento Apendicular Unilateral |
| 31011136-Ressonância Magnética De Vias Biliares |
| 31011144-Ressonância Magnética Do Abdômen Superior |
| 31011152-Ressonância Magnética Do Joelho (Unilateral) |
| 31011160-Ressonância Magnética Do Plexo Braquial (Unilateral) |
| 31011179-Ressonância Magnética Do Tórax |
| 31012019-Ressonância Magnética De Coração Ou Aorta Com Cine Rn |
| 32011016-Angiografia Radioisotópica |
| 32011040-Cintilografia Do Miocárdio/ Necrose (Mínimo 3 Projeções) |
| 32011059-Cintilografia Sincronizada Câmaras Cardiacas - (Repouso Mín 2 Projeções) |
| 32011067-Cintilografia Para Quantificação De "Shunt" (Da Direita Para Esquerda) |
| 32012012-Cintilografia Para Avaliação De Fluxo Sanguíneo Das Extremidades |
| 32012020-Cintilografia Sincronizada Câmaras Cardiacas Esforço (Mín 2 Projeções) |
| 32012039-Quantificação De "Shunt" Periférico |
| 32012047-Cintilografia Para Avaliação Do Fluxo Venoso |
| 32012055-Venografia Radioisotópica (Mínimo 03 Imagens) |
| 32013019-Cintilografia Do Miocárdio/Perfusão - Stresses Mín 3 Projeções |
| 32013027-Cintilografia Do Miocárdio/Perfusão - Repouso Mín 3 Projeções |
| 32021011-Quantificação De Absorção De Gordura Com Radioisótopos |
| 32021020-Cintilografia Para Pesquisa De Divertículo De Meckel |
| 32021038-Cintilografia Para Avaliação De Esvaziamento Esofágico (Líquidos) |
| 32021046-Cintilografia Para Avaliação De Esvaziamento Gástrico |
| 32021054-Cintilografia Do Fluxo Sanguíneo Hepático - (Quantitativo e/ou Qualitativo) |
| 32021062-Quantificação De Perdas Proteicas Com Radioisótopos |
| 32021070-Cintilografia Para Pesquisa De Refluxo Gastroesofágico |
| 32021089-Cintilografia Para Pesquisa De Hemorragia Não Ativo |
| 32021097-Cintilografia Das Glândulas Salivares Com Ou Sem Estimulo - Mínimo 4 imagens |
| 32021100-Cintilografia Para Avaliação De Esvaziamento Esofágico (Semi-Sólidos) |
| 32022018-Cintilografia Do Fígado E Baço - Mínimo 05 Imagens |
| 32022026-Cintilografia Do Fígado E Vias Biliares |
| 32022034-Cintilografia Para Pesquisa De Hemorragias Ativas |
| 32031025-Cintilografia Da Tireóide Com Ou Sem Captação " I 131" |
| 32031033-Cintilografia Da Tireóide Com Teste De Supressão T3 Ou |

| |
|--|
| T4 |
| 32031041-Cintilografia Da Tireóide Com Teste De Estimulo TSH |
| 32031050-Teste Do Perclorato Com Radioisótopo |
| 32031068-Cintilografia Para Pesquisa Do Corpo Inteiro "PCI" |
| 32032013-Cintilografia De Paratireóide |
| 32041012-Cintilografia Renal (Qualitativa E/Ou Quantitativa) |
| 32041020-Cintilografia Testicular (Bolsa Escrotal) |
| 32041039-Determinação Da Filtração Glomerular Com Radioisótopos |
| 32041047-Determinação Do Fluxo Plasmático Renal Com Radioisótopos |
| 32041055-Renograma |
| 32041063-Cistocintilografia Indireta |
| 32042019-Cistocintilografia Direta |
| 32042035-Estudo Renal Dinâmico Com ou Sem Diurético |
| 32051026-Cintilografia Das Articulações E/Ou Extrem Com Ou Sem Fluxo Sanguinec. |
| 32051034-Cintilografia Óssea Com Ou Sem Fluxo Sanguineo (Corpo Inteiro) |
| 32051042-Densitometria Óssea Duo Energética De Coluna (Vértebras Lombar + Colo de Fêmur) |
| 32061013-Fluxo Sanguineo Cerebral |
| 32061021-Cintilografia Cerebral |
| 32062010-Cisternocintilografia (Mínimo 05 Imagens) |
| 32062028-Cintilografia Para Pesquisa De Fístulas Liquóricas |
| 32062036-Cintilografia Para Estudo Do Trânsito Liquorico |
| 32062060-Mielocintilografia (Mínimo 04 Imagens) |
| 32062087-Ventriculocintilografia (Mínimo 05 Imagens) |
| 32062095-Perfusão Cerebral |
| 32071019-Linfocintilografia |
| 32072015-Cintilografia De Corpo Inteiro Com Gálio 67 - Exclusivo para Doença de Hodgkin |
| 32072040-Cintilografia De Mama |
| 32072066-Cintilografia Para Quantificação Da Captação Pulmonar Galio 67 |
| 32072074-Cintilografia De Coração Com Galio 67 |
| 32072082-Cintilografia De Rim Com Galio 67 |
| 32072090-Cintilografia De Segmento Osseo Com Galio 67 |
| 32081022-Cintilografia Pulmonar (Inalação) Com Min De 2 Projeções |
| 32082010-Cintilografia Pulmonar Para Pesquisa De Aspiração |
| 32082029-Cintilografia Pulmonar (Perfusão) - Mínimo De 4 Projeções |
| 32091010-Cintilografia Sistema Reticulo-Endotelial (Medula Ossea) |
| 32091028-Demonstração De Sequestro De Hemácias Pelo Baço Com Radioisótopos |
| 32091036-Determinação Da Volemia Com Radioisótopos |
| 32091044-Determinação De Sobrevida De Hemácias Com Radioisótopos |
| 32091052-Determinação Do Volume Eritrocitário Com Radioisótopos |
| 32091060-Determinação Do Volume Plasmático Com Radioisótopos |
| 32092016-Absorção Da Vitamina B 12 (Teste De Schilling) Com Radioisótopos |
| 32101015-Estudo Do Shunt De Lee Veen |
| 32101023-Cintilografia Da Glândula Lacrimal - Dacriocistografia |
| 32101031-Imuno Cintilografia (Anticorpos Monoclonal) |
| 32111010-Tratamento De Policitemia Vera |
| 32111029-Tratamento Do Hipertireoidismo (Graves) |
| 32111037-Tratamento Do Hipertireoidismo (Plummer Até 30 Mci) |
| 32112017-Tratamento Da Dor Óssea Com Samário - Por Pac/Proc Único |
| 33011010- Angioplastia Transluminal (por vaso sanguíneo) |
| 33011028-Biópsia Percutânea Orientada Por Ct, Us Ou Raio X Ct |
| 33011036-Colocação De Prótese Biliar |
| 33011044-Colocação Percutânea De Cateter Pieló-Ureterovesical Unilateral |
| 33011052-Colocação Percutânea De Filtro Em Veia Cava |
| 33011060-Dilatação Percutânea De Estenoses Biliares E Anastomoses Biliodigestivas |
| 33011079-Dilatação Percutânea De Estenoses Ureterais E Junção |

| |
|---|
| 33011087-Drenagem Biliar Percutânea Externa |
| 33011095-Drenagem Biliar Percutânea Interna - Externa |
| 33011109-Drenagem De Coleções Viscerais Ou Cavitárias Por Cateterismo Percutâneo |
| 33011117-Drenagem Percutânea De Coleções Músculo-Esqueléticas |
| 33011125-Drenagem Percutânea De Coleções No Aparelho Urogenital |
| 33011133-Drenagem Percutânea De Coleções No Tórax |
| 33011141-Embolização Arterial De Hemorragia Digestiva |
| 33011150-Embolização De Fístula Ou Má Formação (Arteriovenosa Cerebral Ou Medula) - SNC |
| 33011168-Embolização De Tumor Do Aparelho Digestivo |
| 33011176-Embolização De Tumores Ósseos E Musculares |
| 33011184-Embolização De Tumores Da Cabeça E Pescoço |
| 33011192-Embolização De Tumores Do Rim, Supra-Renal E Bexiga |
| 33011206-Embolização Ou Esclerose De Varizes Esofágicas |
| 33011214-Embolização Percutânea De Fístula E Má Formação Arteriovenosa, Cabeça, Pescoço E Coluna |
| 33011222-Esplenectomia Por Embolização Percutânea |
| 33011230-Pielografia Anterógrada Percutânea |
| 33011249-Punção De Cisto Renal |
| 33011257-Retirada Percutânea De Cálculos Biliares |
| 33011265-Retirada Percutânea De Cálculos Renais |
| 33011273-Retirada Percutânea De Corpo Estranho Intravascular |
| 33011281-Tratamento Da Hematúria Ou Sangramento Genital Pos Embolização Arterio Regional |
| 33011290-Tratamento De Epistaxe Por Embolização |
| 33011303-Tratamento De Fístula Carótida Cavernosa Por Colocação Percutânea De Bafão |
| 33011311-Tratamento De Hemoptise Por Embolização Percutânea |
| 33011320-Tratamento De Varicocele Por Embolização Ou Esclerose Percutânea |
| 33011338-Tratamento De Isquemia Por Infusão Arterial |
| 33011346-Quimioterapia Arterial Regional Por Cateter Percutâneo |
| 33011354-Infusão Seletiva Intra-Vascular De Enzimas Trombolíticas |
| 33011362-Nefrostomia Percutânea |
| 35011017-Tomografia Computadorizada Coluna Cervical, Dorsal, Lombar |
| 35011025-Tomografia Computadorizada De Crânio , Sela Túrcica ou Órbitas |
| 35012013-Tomografia Computadorizada De Tórax |
| 35013010-Tomografia Computadorizada De Abdome Superior |
| 35014032-Tomografia Computadorizada De Face Ou Seios Da Face Ou Articulações Temporo Mandibular |
| 35014040-Tomografia Computadorizada De Mastóides Ou Ouvido |
| 35014059-Tomografia Computadorizada De Pelve Ou Bacia |
| 35014067-Tomografia Computadorizada De Pescoço (Partes Moles, Laringe, Tireóide Ou Paratireóide E Faringe) |
| 35014075-Tomografia Computadorizada Dos Segmentos Apendiculares (Braços, Antebraços, Coxas, Pernas, Mãos E Pés) |
| 35014083-Tomomiografia Até Três Segmentos |
| 35014105-Tomografia Computadorizada Das Articulações Externo Clavicular |
| 35014113 - Tomografia Computadorizada Das Articulações dos Ombros |
| 35014121-Tomografia Computadorizada Das Articulações dos Cotovelos |
| 35014130-Tomografia Computadorizada Das Articulações dos Punhos |
| 35014148-Tomografia Computadorizada Das Articulações Sacro Iliaco |
| 35014156-Tomografia Computadorizada Das Articulações Coxo-Femurais |
| 35014164-Tomografia Computadorizada Das Articulações dos Joelhos |
| 37011014-Triagem Clínica De Doador(A) De Sangue |
| 37011022-Coleta De Sangue |

| |
|---|
| 37011030-Coleta P/ Processadora Automática Sangue |
| 37021010-Exames Imunohematológicos |
| 37031015-Sorologia I |
| 37031023-Sorologia II |
| 37041010-Processamento Do Sangue |
| 37051016-Pré-Transfusional I |
| 37051024-Pré-Transfusional II |
| 37061011-Transfusão Da Unidade De Sangue Total |
| 37061020-Transfusão De Substituição Ou Troca |
| 37061038-Transfusão De Crioprecipitado |
| 37061046-Transfusão De Concentrados De Plaquetas |
| 37061054-Transfusão De Plaquetas Por Aférese |
| 37061062-Transfusão De Plasma Fresco |
| 37061070-Transfusão De Plasma Normal |
| 37061089-Transfusão De Concentrado De Leucócitos |

| |
|--|
| 37061097-Transfusão De Concentrado De Hemácias |
| 37061100-Transfusão Fetal Intra-Uterina |
| 37071017-Sangria Terapêutica |
| 37081012-Aférese Terapêutica Ambulatorial |
| 37081020-Irradiaç.Sangue/Compon.Destin. À Transfusão |
| 37081039-Deleucotizaç.Concent.Plaq.Destin.À Transfusão |
| 37081047-Deleucotiz.Concent.Hemácias Destin.À Transfusão |
| 37081055-Preparo Compon.Lavados/ Aliquot.Destin.À Transfusão |
| 37081063-Aplicação Fatores Coagulação VIII/IX |
| 38111012 Acompanhamento de Pacientes em SRST Portadores de Agravos Relacionados ao Trabalho; |
| 38111020 Acompanhamento de Pacientes Portadores de Sequelas Relacionadas ao Trabalho |

ALTA COMPLEXIDADE SIH-SUS

ANEXO II

| Código | Descrição |
|----------|--|
| 31701108 | Amputacao Do Pênis |
| 31701116 | Ressecao De Tumor Urotelial Multicentrico E Sincronico |
| 31702082 | Epididimectomia |
| 31703038 | Cistectomia Total |
| 31703054 | Prostatectomia |
| 31704026 | Uretrocistostomia |
| 31704034 | Cistectomia Total E Derivacao Em Um So Tempo |
| 31704050 | Prostatavesiculectomia |
| 31704077 | Orquiectomia Unilateral |
| 31704085 | Epididimectomia Com Esviamento Ganglionar |
| 31705030 | Cistoenteroplastia |
| 31705073 | Orquiectomia Com Esviamento Ganglionar |
| 31707017 | Nefrectomia Total P/ Ca |
| 31707025 | Ureteroenterostomia |
| 31709010 | Nefropielostomia |
| 31712010 | Nefroureterectomia Total |
| 31719031 | Ressecao De Colo Vesical A Ceu Aberto |
| 31720030 | Ressecao De Tumor Vesical A Ceu Aberto |
| 31723039 | Ressecao Endoscopica De Tumor Vesical |
| 32003048 | Anastomose Sistemica - Pulmonar |
| 32010028 | Arterioplastia da Aorta, da Artéria Pulmonar e ramos e Vasos Venosos com stent não recoberto |
| 32011016 | Revascularização Miocárdica com uso de Extracorpórea |
| 32011024 | Fechamento percutâneo do Canal Arterial persistente ou de fistulas arteriovenosas com "coils" liberação controlada |
| 32013019 | Troca de Gerador de MarcaPasso |
| 32014015 | Implante de Marcapasso Cardíaco Epicárdico definitivo |
| 32015011 | Implante de Marcapasso Cardíaco Intracavitário de única camera (gerador e um ele-trodo) |
| 32020015 | Implante de Prótese Valvar |
| 32021011 | CORREÇÃO CIRURGICA DA CARDIOPATIA CONGENITA |
| 32021046 | Correção da Persistência Canal Arterial |
| 32023014 | Angioplastia Coronariana |
| 32024010 | Valvuloplastia |
| 32027010 | Troca da Aorta Ascendente |
| 32030010 | Estudo Eletrofisiológico Diagnóstico |
| 32031017 | Estudo Eletrofisiológico Diagnóstico e Terapêutico |
| 32031025 | Infartectomia ou Aneurismectomia |
| 32032013 | Implante de Cardioversor Desfibrilador |
| 32033010 | Troca de Gerador e/ou eletrodos do Cardioversor Desfibrilador |
| 32037015 | Implante de Marcapasso Cardíaco multisítio (gerador e eletrodos) |
| 32038011 | Revascularização Miocárdica sem uso de Extracorpórea |

| | |
|----------|---|
| 32039018 | Revascularização Miocárdica com uso de Extracorpórea, com dois ou mais enxertos, inclusive arterial |
| 32040016 | Revascularização Miocárdica sem uso de Extracorpórea, com dois ou mais enxertos inclusive arterial |
| 32041012 | Plástica Valvar e/ou Troca Valvar Múltipla |
| 32042019 | Troca Valvar com Revascularização Miocárdica |
| 32043015 | Abertura da Estenose Aórtica Valvar |
| 32044011 | Abertura da Estenose Pulmonar Valvar |
| 32045018 | Correção de Banda Anômala do Ventrículo Direito |
| 32046014 | Correção de Estenose supraoártica |
| 32047010 | Fechamento de Comunicação Interatrial |
| 32048017 | Fechamento de Comunicação Interventricular |
| 32049013 | Ressecação de Membrana Subaórtica |
| 32050011 | Ampliação de Via de Saída do VD e/ou ramos pulmonares |
| 32051018 | Anastomose Cavo Pulmonar Bidirecional |
| 32051042 | Correção de Cisto pericárdico |
| 32052014 | Anastomose Cavo Pulmonar Total |
| 32053010 | Correção de Átrio Único |
| 32054017 | Correção do Canal Átrio-Ventricular Parcial/ Intermediário |
| 32055013 | Correção de Comunicação Inter-Ventricular e Insuficiência Aórtica |
| 32056010 | Correção de Cor Triatriatum |
| 32057016 | Correção de Drenagem Anômala Parcial das Veias Pulmonares |
| 32058012 | Correção da drenagem Anômala do Retorno Sistemico |
| 32059019 | Correção de Fistula AortoCavitárias ou VE/ Átrio Direito |
| 32060017 | Correção Insuficiência Mitrál Congênita |
| 32061013 | Unifocalização dos Ramos da Artéria Pulmonar |
| 32061048 | Bandagem da Artéria Pulmonar |
| 32062010 | Ampliação da via de saída do Ventrículo Esquerdo |
| 32062044 | Correção de Anomalias do Arco Aórtico |
| 32063016 | Correção da Insuficiência Tricuspid |
| 32063040 | Correção da Coarctação da Aorta |
| 32064012 | Correção de Estenose Mitrál Congênita |
| 32064047 | Ligadura(s) de Fistula(s) Sistemico Pulmonares |
| 32065019 | Correção de Hipertrofia Septal Assimétrica |
| 32065043 | Abertura de Comunicação Inter Atrial |
| 32066015 | Correção de Janela Aortopulmonar |
| 32066040 | Unifocalização dos ramos da Artéria Pulmonar |
| 32067011 | Correção de Lesões na Transposição Corrigida dos Vasos da Base |
| 32068018 | Correção de Tetralogia de Fallot e Variantes |
| 32069014 | Correção de Transposição dos Grande Vasos da Base |
| 32070012 | Ressecação de Tumor Intracardiaco |
| 32071019 | Correção de Atresia Mitrál |
| 32072015 | Correção de Atresia Pulmonar e Comunicação |

| |
|--|
| Interventricular |
| 32073011 Correção do Canal ÁtrioVentricular Total |
| 32074018 Correção de Comunicação Interventricular |
| 32075014 Correção de coronária Anômala |
| 32076010 Correção de Drenagem Anômala Total Veias Pulmonares |
| 32077017 Correção de Dupla Via de Saída do Ventriculo Direito |
| 32078013 Correção de Dupla Via de Saída do Ventriculo Esquerdo |
| 32079010 Correção de Estenose Aórtica em Neonato |
| 32080018 Correção de Hipoplasia do Ventriculo Esquerdo |
| 32081014 Correção de Interrupção do Arco Aórtico |
| 32082010 Correção de Janela Aortopulmonar |
| 32083017 Correção de Tetralogia de Fallot e Variantes |
| 32084013 Correção de Transposição dos Grandes Vasos da Base |
| 32085010 Correção de Truncus Arteriosus |
| 32086016 Correção de Ventriculo Único |
| 32087012 Implante de Bomba Centrífuga |
| 32088019 Correção da Dissecção da Aorta toracoabdominal |
| 32089015 Reconstrução da Raiz da Aorta |
| 32090013 Reconstrução da Raiz da Aorta com tubo Valvulado |
| 32091010 Troca do Arco Aórtico |
| 32092016 Troca de Aorta descendente |
| 32094019 Implante de Marcapasso Cardíaco Intracavitário de dupla câmara (gerador e dois eletrodos) |
| 32095015 Reposicionamento de Eletrodo de Marcapasso |
| 32096011 Retirada de Marcapasso |
| 32097018 Retirada de corpo estranho em sistema cardiovascular por técnicas hemodinâmicas |
| 32098014 Atrioseptostomia com cateter balão |
| 32099010 Arterioplastia da Aorta, da Arteria Pulmonar e ramos e Vasos Venosos com cateter balão |
| 32705034 Linfadenectomia Radical Axilar Unilateral |
| 32706030 Linfadenectomia Radical Axilar Bilateral |
| 32707037 Linfadenectomia Radical Inguinal Unilateral |
| 32708033 Linfadenectomia Radical Inguinal Bilateral |
| 32709030 Linfadenectomia Radical Cervical Unilateral |
| 32710038 Linfadenectomia Radical Cervical Bilateral |
| 32711034 Linfadenectomia Radical Vulvar |
| 32712030 Linfadenectomia Supraclavicular Unilateral |
| 32713037 Linfadenectomia Supraclavicular Bilateral |
| 32714033 Linfadenectomia Tronco Celiaco |
| 32715030 Linfadenectomia Retroperitoneal |
| 32716036 Linfadenectomia Ileo Lombar |
| 32717032 Biopsias Múltiplas Pra Avaliação De Extensão De Doença |
| 32718039 Linfadenectomia Pélvica |
| 32719035 Linfadenectomia Retroperitoneal |
| 33701032 Glossectomia Parcial |
| 33701083 Anastomose Bileo-Digestiva |
| 33701091 Pancreato-Duodenectomia |
| 33701121 Estadiamento Cirúrgico Da Doença De Hodgkin |
| 33702020 Excisão De Glandula Sub Lingual |
| 33702063 Amputação Abdomino-Perineal Do Reto |
| 33702098 Pancreato-Enterostomia |
| 33702128 Ressecção Múltipla De Segmentos Do Tubo Digestivo |
| 33703027 Excisão De Glandula Sub Maxilar |
| 33703043 Esofagectomia |
| 33703060 Proctoelectomia |
| 33703108 Esplenectomia |
| 33703124 Ressecção Múltipla De Seg. Tubo Digestivo e de Estrut Orgão contig |
| 33704031 Glossectomia Total |
| 33704040 Esofagocoloplastia |
| 33704090 Pancreatectomia Parcial |
| 33704120 Ressecção De Tumores Retroperitoneais C/Ressecção De Orgão(S) Contíguo(S) |
| 33705011 Ressecção De Lesão Maligna Com Esvaziamento Ganglionar |
| 33705020 Excisão De Tumor De Glandula Parótida |

| |
|---|
| 33705046 Esofagogastrrectomia |
| 33705054 Gastrectomia Total |
| 33706018 Ressecção De Lesão Maligna |
| 33706026 Excisão De Tumor De Glandula Sublingual |
| 33706069 Colectomia Parcial (Hemicolectomia) |
| 33706085 Coledocotomia Com Ou Sem Colectistectomia |
| 33707022 Excisão De Tumor De Glandula Submaxilar |
| 33707057 Gastroenteroanastomose |
| 33707065 Colectomia Total |
| 33709050 Gastrostomia |
| 33710082 Hepatectomia Parcial |
| 33713022 Parotidectomia |
| 33714029 Extirpação De Glandula Salivar |
| 33716064 Excisão De Tumor Per Anus |
| 33722064 Retossigmoidectomia Abdominal |
| 33723060 Colostomia |
| 33726060 Retossigmoidectomia Abdomino-Perineal |
| 34018034 Braquiterapia |
| 34701028 Colpectomia |
| 34701036 Traquelectomia |
| 34701052 Ooforectomia Uni Ou Bilateral |
| 34704124 Histerectomia Com Ressecção De Orgão(S) Contíguo(S) |
| 34706011 Vulvectomia Ampliada Com Linfadenectomia |
| 34707018 Vulvectomia Simples |
| 34709037 Histerectomia Total Ampliada |
| 34710035 Histerectomia Total |
| 34717030 Histerectomia C/Anexectomia Uni Ou Bilateral |
| 34719032 Amputação Cônica De Colo De Útero Com Colpectomia |
| 36701033 Paracentese De Câmara Anterior |
| 36702064 Neoplasia De Esclera |
| 36703117 Neoplasia Da Órbita |
| 37701045 Laringectomia Parcial |
| 37702041 Laringectomia Total |
| 37703048 Laringectomia Total Com Esvaziamento Cervical |
| 37705032 Extirpação De Tumor Do Cavum |
| 37705113 Pelvi-Gloso-Mandibulectomia |
| 37713035 Extirpação De Tumor Da Faringe |
| 38701057 Excisão Parcial Do Labio Com Enxerto Livre |
| 38701162 Reconstrução Com Retalho Mio Cutâneo (Qualquer Parte) Em Cir. Oncológica |
| 38701170 Ressecção Alargada De Tumores De Partes Moles C/Ressecção Visceras |
| 38702037 Maxilectomia Com Ou Sem Esvaziamento Orbitário |
| 38702169 Reconstrução Por Micro Cirurgia (Qualquer Parte) Em Cirurgia Oncológica |
| 38702177 Ressecção De Partes Moles Das Extremidades Com Reconstrução |
| 38703050 Excisão Em Cunha De Labio E Sutura |
| 38704056 Excisão E Reconstrução Total De Lábio |
| 38707012 Excisão e Sutura Com Plástica Em "Z" Na Pele |
| 38722011 Excisão E Enxerto De Pele |
| 38723018 Extirpação E Supressão Múltipla De Lesão Da Pele E Do Tecido |
| 39001067 Alongamento Ou Transporte Osseocirúrgico Do Úmero |
| 39001130 Alongamento Ou Transporte Óssea Ao Nível Do Fêmur |
| 39001261 Transplantes Com Microanastomose Vascular; Músculo Cutâneos |
| 39002020 Artrodese Inter-Somática Via Anterior; Distal A C2; De Um Ou Dois Espaços Discas (Inclui Descompressão E Instrumentação) |
| 39002136 Encurtamento Do Fêmur |
| 39002152 Alongamento Ou Transporte Óssea Ao Nível Da Tibia |
| 39002268 Transplantes Com Microanastomose Vascular; Ósteo-Músculo-Cutâneos |
| 39003027 Artrodese Posterior Ou Póstero-Lateral; Distal A C2; Um E Dois Níveis; (Inclui Instrumentação) |
| 39003078 Artroplastia Do Cotovelo (Com Implante) |

| | |
|---|--|
| 39003140 Artroplastia Unicompartimental Do Côndilo Femoral E Planalto Tibial (Medial Ou Lateral) | 39023044 Escapulopexia Com Ou Sem Osteotomia Da Escápula, Com Ou Sem Ressecção De Barra Omo Cervical |
| 39003264 Reconstrução Por Microcirurgia Em Tumor Osseo | 39023079 Artroplastia Do Cotovelo De Revisão |
| 39004112 Desarticulacao Inter Ilio Abdominal | 39023141 Tratamento Cirurgico Da Rotura De Menisco - Sutura Meniscal: Uni Ou Bicompartimental |
| 39004260 Microneurólise | 39024172 Tratamento Cirurgico Da Pseudo-Artrose, Retardo De consolidação Ou Perda Óssea Ao Nível Do(S) Osso(S) Do Tarso |
| 39005089 Alongamento Ou Transporte Cirurgico Dos Ossos Do antebraço | 39025047 Tratamento Cirurgico Descompressivo Ao Nível Do Desfiladeiro Toracico |
| 39005267 Exérese Microcirúrgica De Tumor De Nervo Periférico Ou Neuroma | 39025128 Artroplastia De Revisao Do Quadril |
| 39006263 Microneurorrafia | 39025144 Reconstrução Osteoplástica Do Joelho |
| 39007260 Enxerto Microcirúrgico De Nervo Periférico; Único Nervo | 39025152 Encurtamento Dos Ossos Da Perna |
| 39008029 Ressecção De Um Corpo Vertebral | 39026094 Tratamento Cirúrgico De Lesão Em Evolução De Qualquer Fise Do Punho |
| 39008100 Artroplastia Interfalangiana | 39026124 Artroplastia Total De Conversão (Pós-Artrodese) |
| 39008266 Enxerto Microcirúrgico De Nervo Periférico; De Dois Ou Mais Nervos | 39026140 Artroplastia De Revisão (Condilar, Do Planalto Tibial Ou Da patela) |
| 39009106 Artroplastia:Metacarpo Falangiana | 39026159 Transposição Da Fibula Para A Tibia |
| 39009114 Tratamento Cirúrgico De Fratura, Luxação, Fratura-Luxação Ou Disjunção Do Anel Pélvico Anterior Ou Posterior | 39027120 Artroplastia De Reconstrução Do Quadril |
| 39009262 Microcirurgia De Plexo Braquial; Exploração E Neurólise | 39027147 Artroplastia Total De Reconstrução (Requer Enxerto) |
| 39010112 Tratamento Cirúrgico Da Associação De Fratura,Luxação, fratura- Luxação Ou Disjunção Dos Ancis Pélvicos Anterior E posterior | 39028070 Tratamento Cirúrgico De Lesão Em Evolução De Qualquer Fise Do Cotovelo |
| 39010260 Microcirurgia De Plexo Braquial; Microenxertia | 39028143 Artroplastia Não Convencional Total De Joelho |
| 39011020 Osteotomia Da Coluna Via Anterior; Um Ou Dois Níveis | 39029123 Artroplastia Não Convencional Do Quadril |
| 39011267 Reimplante Ao Nível Da Coxa Até O Terço Proximal Da Perna | 39029140 Quadricepsplastia: Mio-Teno-Cápsulo-Fasciólise Ao Nível Do mecanismo Extensor |
| 39012263 Reimplante Do Terço Médio Da Perna Até O Pé | 39030113 Transposição Ou Transferência Mio-Tendíneo Do Psoas |
| 39013260 Reimplante Do Ombro Até O Terço Médio Do Antebraço | 39030121 Acetábuloplastia Por Osteotomia Do Acetábulo Ou osteoplastia Pélvica |
| 39014053 Artroplastia Da Escapulo-Umeral Total | 39030164 Tratamento Cirúrgico Da Fratura Do Pilo Tibial |
| 39014096 Artroplastia Do Punho | 39031080 Transposicao Da Ulna-Pro-Rádio |
| 39014266 Reimplante Do Terço Distal Do Antebraço Até Os metacarpianos | 39032124 Revisão Cirúrgica De Luxacao Coxo Femoral Congenita |
| 39014312 Tratamento Cirúrgico De Infecção Em Artroplastia De Grandes Articulações (Quadril, Joelho, Ombro E Cotovelo) | 39032167 Tratamento Cirúrgico De Lesão Em Evolução De Qualquer Fise Do Tornozelo |
| 39015025 Tratamento Cirúrgico De Fratura, Luxacao Ou Fratura-Luxa-ção De Coluna Vertebral;Via Anterior; Distal A C2, Com Fixacao | 39033120 Tratamento Cirúrgico De Luxação Espontânea Ou Progressiva Ou Paralisia Do Quadril , Inclui Correções Complementares De Partes Moles |
| 39015050 Artroplastia Da Escapulo-Umeral Não Convencional | 39034151 Tratamento Cirúrgico Da Pseudoartrose Congênita Da Tibia |
| 39015106 Transposicao Do Dedo | 39036120 Tratamento Cirúrgico De Fratura-Luxacao Coxo-Femoral Por Duplo Acesso |
| 39015190 Tenotomia Múltipla | 39036146 Reconstrução De Tendão Patefar Ou Tendão Quadricepsal |
| 39015262 Reimplante Ou Revascularização Do Polegar | 39037126 Tratamento Cirúrgico De Fratura-Luxacao Coxo-Femoral Inclui Síntese De Fratura Epifisária Proximal Do Fêmur |
| 39015319 Tratamento Cirúrgico De Infecção Em Artroplastia Das Médias E Pequenas Articulações (Punho, Dedo,Tornozelo E Pé) | 39038122 Tratamento Cirúrgico De Lesão Fisária Em Evolução |
| 39016056 Artroplastia Da Escapulo-Umeral De Ressecção | 39039145 Tratamento Cirúrgico De Lesão Em Evolução De Qualquer Fise Ao Nível Do Joelho |
| 39016129 Artroplastia Total Do Quadril Nao Cimentada Ou Híbrida | 39040020 Discectomia Por Via Anterior; Um Ou Dois Espaços Com finalidade De Descompressão |
| 39016196 Transposicao De Tendao Ou Transferência Miotendinosa múltipla | 39041026 Discectomia Por Via Anterior; Três Ou Mais Espaços Com finalidade De Descompressão |
| 39016269 Reimplante Ou Revascularização Ao Nível Da Mão E Outros dedos Exceto Polegar | 39041107 Osteoplastia Para Alongamento De Osso Metacarpico Ou falange |
| 39016315 Diafisectomia De Ossos Longos | 39041140 Enxertia Autóloga Osteocondral (Mosaicoplastia) Ou Condral |
| 39017028 Revisão De Artrodese Ou Tratamento Cirúrgico De Pseudartose Da Coluna, Via Anterior | 39042022 Artrodese Cervical Anterior; C1-C2 Inclui Instrumentação) |
| 39017052 Artroplastia Escápulo-Umeral De Revisão | 39043029 Artrodese Inter-Somática Via Anterior; Distal A C2; De Três Ou Mais Espaços Discas (Inclui Descompressão E Instrumentação) |
| 39017265 Transplante Do Halux Para O Polegar | 39043142 Reconstrução Ligamentar Intra -Articular Do Joelho (Ligamentoplastia) |
| 39018059 Artroplastia Escápulo-Umeral De Reconstrução (Enxerto ósseo) | 39044025 Artrodese Inter-Somática Por Via Posterior Ou Póstero-Lateral -"PliP"; De Um Espaço Discal (Inclui Descompressão Por ressecção De Elementos Anteriores E Ou Posteriores E instrumentação) |
| 39018261 Transplante Do Zo. Pododactílio Para O Polegar Ou Para qualquer Outro Dedo Da Mão | 39044157 Transplante De Menisco |
| 39020045 Artrodese Escápulo-Torácica | 39045021 Artrodese Inter-Somática Por Via Posterior Ou Póstero-Lateral -"PliP"; De Dois Ou Mais Espaços Discas (Inclui Descompressão Por Ressecção De Elementos Anteriores E Ou |
| 39020088 Tratamento Cirurgico Da Sinostose Rádio Ulnar | |
| 39021041 Ressecção Da Escápula | |
| 39021076 Artroplastia Do Cotovelo De Ressecção Com Ou Sem interposição De Partes Moles | |
| 39021122 Reconstrução Osteoplastica Do Quadril | |
| 39022072 Artroplastia Do Cotovelo Parcial (Cabeça Do Rádio) | |
| 39022099 Cirurgia De Centralização Do Punho | |
| 39022145 Artroplastia Total Primária Do Joelho | |

| |
|---|
| Posteriores E instrumentação) |
| 39045170 Artroplastia Articulação Metatarso-Falangeana Ou Interfalangeana |
| 39046028 Artrodese Posterior Occipito-Cervical (Inclui Instrumentação E Enxertia) |
| 39047024 Artrodese Posterior C1-C2 (Inclui Instrumentação) |
| 39048020 Artrodese Posterior Ou Pótero-Lateral, Distal A C2; Três A Sete Níveis; (Inclui Instrumentação) |
| 39049027 Artrodese Posterior Ou Pótero-Lateral, Distal A C2; Oito Ou Mais Níveis; (Inclui Instrumentação) |
| 39049132 Osteotomia Múltipla Do Fêmur (Tipo Sofield) |
| 39050025 Ressecção De Dois Ou Mais Corpos Vertebrais |
| 39050173 Revisão Cirúrgica Do Pé Torto Congênito |
| 39051021 Ressecção (Anterior) Do Processo Odontoide E / Ou Arco Do Atlas; |
| 39051170 Tratamento Cirúrgico Do Pé Torto Congênito Inveterado |
| 39053172 Tratamento Cirúrgico Do Halux Rígido |
| 39054020 Ressecção De Elementos Vertebrais Posteriores No Segmento Occipito-C1-C2 |
| 39057020 Osteotomia Da Coluna Via Anterior; Três Ou Mais Níveis |
| 39057178 Tratamento Cirúrgico De Pé Talo Vertical |
| 39058026 Osteotomia Da Coluna Via Posterior Ou Pótero-Lateral, Um Ou Dois Segmentos |
| 39058174 Tratamento Cirúrgico De Coalisão Tarsal |
| 39059022 Osteotomia Da Coluna Via Posterior Ou Pótero-Lateral, Três Ou Mais Segmentos |
| 39060020 Tratamento Cirúrgico De Fratura, Fratura-Luxação Ou luxação Ao Nível De C1/C2, (Inclui A Descompressão E instrumentação) |
| 39060179 Tenotomia Ou Tenoplastias Ao Nível Do Pé |
| 39061027 Tratamento Cirúrgico De Fratura, Luxação Ou Fratura-Luxação De Coluna; Por Via Posterior (Inclui A Descompressão E Instrumentação) |
| 39064026 Revisão De Artrodese Ou Tratamento Cirúrgico De Pseudartrose Da Coluna, Via Posterior |
| 39065170 Correção Cirúrgica De Pé Em Fenda, Dedo Bifido, Macroactilia, Sindactilia Ou Polidactilia |
| 39069028 Vertebroplastia Por Introdução De Material Sintético Via punção (Intra-Somático) |
| 39070026 Correção Cirúrgica De Giba Costal (Costoplastia De 3 Ou Mais Costelas |
| 39702049 Desarticulação Inter-Escapulo Torácica |
| 39702235 Ressecção De Tumor Osseo Com Enxertia |
| 39703045 Desarticulação Iner Escapulo Mamotorácica |
| 39703231 Ressecção De Tumor Osseo Com Substituição |
| 39704114 Hemipelvectomy |
| 39705056 Desarticulação da Articulação Escapulo-Umeral |
| 39706125 Desarticulação da Articulação Coxo-Femural |
| 39710238 Ressecção De Tumor Maligno do Osso Temporal |
| 39711234 Ressecção De Tumor Osseo Da Pelvis (Endopelvectomy) |
| 40200000 Tratamento Conservador Do Traumatismo Craneo-Encefalico |
| 40200019 Trepanação Craniana Para Propedeutica Neurocirurgia Ou MPIC |
| 40200043 Neurolise |
| 40201007 Tratamento Conservador Do Traumatismo Raqui-Medular |
| 40201015 Tracoe Cervical Tipo Crutchfield |
| 40201031 Laminectomia Exploradora |
| 40201040 Neurotomia |
| 40202003 Tratamento Conservador Da Hemorragia Cerebral |
| 40202038 Laminectomia Para Abscesso Epidural |
| 40202046 Biopsia De Nervo |
| 40203000 Tratamento Conservador Da Dor Rebelde |
| 40203018 Cranioplastia |
| 40203034 Derivação Lombo Peritonial |
| 40203042 Neurorrafia Única |
| 40204006 Tratamento Conservador De Tumor Cerebral |

| |
|---|
| 40204014 Retirada De Placa De Cranioplastia |
| 40204030 Radicotomia |
| 40204049 Simpatectomia |
| 40205002 Tratamento Conservador Da Hipertensão Intracraniana |
| 40205010 Tratamento Cirúrgico Da Osteomielite Do Crânio |
| 40205037 Tratamento Cirúrgico Dos Disrafismos |
| 40205045 Extirpação De Neuroma |
| 40206009 Tratamento Conservador Do Traumatismo Cranioencefalico |
| 40206017 Craniotomia Desccompressiva |
| 40206033 Cordotomia |
| 40206041 Tratamento Cirúrgico Da Neuropatia Compressiva |
| 40207005 Tratamento Conservador Do Traumatismo Raquimedular |
| 40207013 Ressecção De Mucocoele Frontal |
| 40207030 Mielotomia |
| 40207048 Neurorrafia Múltipla |
| 40208001 Tratamento Conservador Da Hemorragia Cerebral |
| 40208010 Tratamento Cirúrgico Da Fratura Do Crânio com Afundamento |
| 40208036 Laminectomia Para Aracnoidite Espinal |
| 40208044 Microcirurgia Do Nervo Periférico |
| 40209008 Tratamento Conservador Da Dor Rebelde |
| 40209016 Derivação Ventricular Externa |
| 40209032 Tratamento Cirúrgico De Hérnia Discal Cervical |
| 40209040 Microcirurgia De Nervo Com Enxerto |
| 40210006 Tratamento Conservador De Tumor Cerebral |
| 40210014 Tratamento Cirúrgico De Hematoma Sub-Dural |
| 40210030 Tratamento Cirúrgico De Hérnia Discal Lombar |
| 40210049 Anastomose Hipoglossal Facial |
| 40211002 Tratamento Conservador Da Hipertensão Intracraniana |
| 40211010 Tratamento Cirúrgico De Hematoma Extra-Dural |
| 40211037 Artrodese Da Coluna Por Via Anterior |
| 40211045 Anastomose Espino Facial |
| 40212009 Lesão Estereotaxica De Estrutura Profunda P/ Trat Dor Ou Mov Anormal |
| 40212017 Tratamento Cirúrgico De Hematoma Intra-Cerebral |
| 40212033 Artrodese Da Coluna Por Via Posterior |
| 40212041 Neurotomia Seletiva Do Trigemino e outros nervos cranianos |
| 40213005 Implante Intra Tecal De Bomba De Infusão De Fármacos |
| 40213013 Craniectomia Para Tumor Osseo |
| 40213030 Laminectomia Para Lesão Traumática Medular |
| 40213048 Microcirurgia Do Plexo Braquial |
| 40214010 Craniotomia Para Remoção De Corpo Estranho Intracraniano |
| 40214036 Laminectomia Para Tumores Epidurais |
| 40214044 Bloqueio De Nervo Periférico |
| 40215008 Drenagem Esterotaxica - Cistos, Hematomas Ou Abscessos |
| 40215016 Ventriculoperitoneostomia Com Válvula |
| 40215032 Ressecção De Tumores Sacro Coccigeos |
| 40215040 Bloqueio Do Sistema Nervoso Autônomo |
| 40216004 Retirada De Corpo Estranho por Via Esteriotaxica |
| 40216012 Ventriculotriostomia Com Válvula |
| 40216039 Tratamento Cirúrgico Da Meningo-Mielocoele |
| 40216047 Neurotomia Percutânea De Nervos Periféricos - A. Químicos |
| 40217000 Biopsia Esterotaxica |
| 40217019 Revisão De Complicação De Ventriculoperitoneostomia |
| 40217035 Tratamento Cirúrgico De Hérnia Discal Torácica |
| 40217043 Lesão Do Sna - Agentes Químicos |
| 40218015 Revisão De Complicação De Ventriculotriostomia |
| 40218031 Microcirurgia Da Hérnia Discal Torácica |
| 40218040 Rizotomia Percutânea |
| 40219011 Tratamento Cirúrgico Da Meningocoele |
| 40219038 Microcirurgia Da Hérnia Discal Lombar |
| 40219046 Rizotomia Percutânea Por Rádio Frequência |
| 40220010 Craniotomia Para Tumor Cerebral Da Convexidade |
| 40220036 Tratamento Microcirurgia Da Seringomielia |

| |
|---|
| 40220044 Rizotomia Aberta |
| 40221016 Craniotomia Para Tumor Infratentorial |
| 40221032 Tratamento Microcirúrgico Do Canal Vertebral Estreito |
| 40222012 Craniotomia Para Cistos Encefálicos |
| 40222039 Artrodese Da Coluna Com Instrumentação - Via Anterior |
| 40223019 Tratamento Cirúrgico Do Abscesso Intracraniano |
| 40223035 Artrodese Da Coluna Com Instrumentação - Via Posterior |
| 40224015 Craniotomia Para Granulomas Intracranianos |
| 40224031 Microcirurgia De Tumor Intra-Dural |
| 40225011 Tratamento Cirúrgico Da Fistula Liquorica espontanea Pós Traumática, Pós c i r u r g i c a |
| 40225038 Microcirurgia Para Malformação Arterio Venosa |
| 40226018 Reconstrução Craniana Ou Cranio-Facial |
| 40226034 Substituição De Corpo Vertebral |
| 40227014 Tratamento Cirúrgico Da Craniosinostose |
| 40227030 Microcirurgia De Tumor Medular Com Aspiração Ultrassônica |
| 40228010 Craniotomia Para Biópsia Encefálica |
| 40228037 Microcirurgia De Tumor Medular Com Laser |
| 40229017 Tratamento Cirúrgico Da Platibasia E Má Formação de Arnold-Chiari |
| 40229033 Cordotomia / Mielotomia Por Radio Frequência |
| 40230015 Descompressão Da Órbita |
| 40230031 Lesão De Substância Gelatinosa Medular(Rdez) P/ Radio Frequência |
| 40231011 Microcirurgia Vascular Intracraniana |
| 40231038 Implante De Eletrodo Para Estimulação Cerebral |
| 40232000 Implantes De Estimulador Medular |
| 40232018 Microcirurgia Para Tumor Encefálico Profundo |
| 40233014 Microcirurgia Para Tumor De Órbita |
| 40234010 Microcirurgia Para Tumores Na Base Do Cranio |
| 40235017 Microcirurgia Intracraniana Com Auxílio De Ultrassom |
| 40236013 Descompressão Neurovascular De Nervos Cranianos |
| 40237010 Hipofisectomia Transfenoidal C/ Microscópio |
| 40238016 Microcirurgia Do Tumor Cerebral C/ Aspiração Ultrassônica |
| 40239012 Microcirurgia Do Tumor Cerebral C/ Laser |
| 40240010 Tratamento Cirúrgico Dos Tumores Da Base do Crânio - Via Combinada |
| 40241017 Microcirurgia Cerebral Endoscópica |
| 40242013 Ligadura De Carótida |
| 40243010 Tratamento Cirúrgico Da Isquemia Cerebral |
| 40244016 Tratamento Cirúrgico Da Fistula Carotido-Cavernosa |
| 40245012 Hipofisectomia Por Agentes Químicos |
| 40246019 Hipofisectomia Por Radio Frequência |
| 40247015 Tratotomia E Nucleotomia Do Tronco Cerebral |
| 40248011 Tratamento Cirúrgico dos Tumores Extra-Cranianos |
| 40260011 Radiocirurgia Estereotáxica |
| 40261018 Radiocirurgia Estereotáxica - Equipe Radioterapeuta (Procedimento Zerado) |
| 40270017 Radiocirurgia Por Gamaknife |
| 40271013 Radiocirurgia Por Gamaknife - Equipe Radioterapeuta (Procedimento Zerado) |
| 40290000 Procedimentos Sequenciais Em Neurocirurgia |
| 40705013 Craniotomia P/Tumor Cerebral Incl.Fossa Post. |
| 40707032 Laminectomia Para Tumores Intra-Raquianos |
| 40712044 Extirpação De Neuroma |
| 40714012 Hipofisectomia Cirúrgica |
| 40718034 Microcirurgia De Tumores Medulares |

| |
|--|
| 40719030 Ressecção De Tumor Do Corpo Vertebral |
| 40734013 Ressecção De Tumor Intra-Orbitario |
| 40757013 Craniectomia Para Tumor Osseo |
| 41701011 Paratireoidectomia |
| 41701020 Suprarrenalectomia Bilateral |
| 41703049 Tireoidectomia Total |
| 41704045 Tireoidectomia Total C/Esvaziamento Ganglionar |
| 41705041 Extirpação De Bocio Intratorácico P/Via Transtest. |
| 42704014 Lobectomia Pulmonar |
| 42704073 Mastectomia Simples |
| 42705010 Pneumomectomia |
| 42705061 Toracectomia C/Reconstrução Parietal P/Prótese |
| 42705070 Mastectomia Radical Com Linfadenectomia |
| 42707064 Toracotomia Exploradora |
| 42707072 Extirpação Do Mamilo |
| 42708060 Toracectomia Com Ressecção de Estruturas Intra-Torácicas |
| 42708079 Ressecção De Lesão De Mama |
| 43001017 Moldagem Ou Implante Em Pele Por Tratamento Completo |
| 43002013 Moldagem Ou Implante Em Mucosa Por Tratamento Completo |
| 43003010 Moldagem Em Colo E/Ou Corpo Uterino |
| 43010016 Braquiterapia Com Fios De Iridium (Qualquer Localização) |
| 43015018 Braquiterapia Com Iodo 125 Ou Ouro 198 (Qq Localização) |
| 70000000 Tratamento Da Aids |
| 70300011 Afecções Do Sistema Nervoso -Aids |
| 70300020 Afecções Do Sistema Respiratório -Aids |
| 70300038 Doenças Disseminadas - Aids |
| 70300046 Afecções Do Aparelho Digestivo - Aids |
| 70500010 Afecções Do Sistema Nervoso -Aids |
| 70500029 Afecções Do Sistema Respiratório -Aids |
| 70500037 Doenças Disseminadas - Aids |
| 70500045 Afecções Do Aparelho Digestivo - Aids |
| 79700853 Quimioterapia Intra-Arterial |
| 79700861 Quimioterapia Intracavitária (Intra-Pleural, Intra pericardica Ou Intra-Per |
| 79700870 Internação Para Quimioterapia De Administração Contínua (Infusão Venosa) I |
| 79700888 Internação Para Quimioterapia De Administração Contínua (Infusão Venosa) II |
| 79700896 Internação Para Quimioterapia De Leucemias Crônicas Em Agudização |
| 81300204 Polissonografia |
| 81500190 Polissonografia |
| 85300888 Iodoterapia Do Câncer Diferenciado De Tireóide Dose Ablativa (100 MCI) |
| 85300900 Iodoterapia Do Câncer Diferenciado De Tireóide Dose Ablativa (150 MCI) |
| 85300926 Iodoterapia Do Câncer Diferenciado De Tireóide Dose Ablativa (200 MCI) |
| 85500887 Iodoterapia Do Câncer Diferenciado De Tireóide Dose Ablativa (100 MCI) |
| 85500909 Iodoterapia Do Câncer Diferenciado De Tireóide Dose Ablativa (150 MCI) |
| 85500925 Iodoterapia Do Câncer Diferenciado De Tireóide Dose Ablativa (200 MCI) |
| 91904013 Tratamento Da Aids Em Hospital Dia |

ESTRATÉGICOS SIASUS

ANEXO III

| |
|---|
| 07021046 Aplicação De Testes Para Psicodiagnóstico. |
| 07021054 Terapias Em Grupo |

| |
|---|
| 07021062 Terapias Individuais |
| 07021070 Visita Domiciliar Para Consulta/Atendimento Em |

| | |
|--|--|
| Assistência Especializada E De Alta Complexidade | 11211016 Dosagem De Fenilalanina (Controle / Diagn Tardio) |
| 07051018 Coleta De Material Para Exame Citopatológico | 11211024 Dosagem De TSH E T4 Livre (Controle / Diagn Tardio) |
| 07051034 Coleta De Sangue Para Triagem Neonatal | 11211032 Detecção De Variantes Da Hemoglobina (Diagn Tardio) |
| 07071027 Adesão Componente I Incentivo À Assistência Prénatal | 11211040 Detecção Molecular De Mutação Das Hemoglobinas |
| 07071035 Conclusão Da Assistência Prénatal | 11211059 Detecção Molecular Para Fibrose Cística |
| 07081014 Vistoria Em Estabelecimento De Saúde E Preenchimento Da Ficha De Cadastro Em unidade Com Internação | 12011010 Citopatologia I Exame Citopatológico Cervico Vaginal E Microflora |
| 07081022 Vistoria Em Estabelecimento De Saúde E Preenchimento Da Ficha De Cadastro Em unidade Sem Internação | 13051040 Exame Pré Operatório Do Mutirão De Próstata (RX De Tórax PA E Perfil) |
| 07082010 Vistoria Em Estabelecimento De Saúde E Aplicação Do Questionário PNASH Em unidade De Saúde Com Internação | 13051059 Exames Préoperatórios Do Mutirão De Cirurgias De Varizes (RX De Torax PA E Perfil) |
| 07091010 Incentivo As Atividades De Avaliação De Suficiência E Emissão De Pareceres Técnicos Pelas Unidades Hospitalares Referenciais Nas Áreas De Alta Complexidade Hospitalar Da CNRAC | 14019140 Exame Préoperatório Do Mutirão De Cirurgias De Varizes (Mapeamento Duplex Ve N O S O MIII) |
| 08033030 Cirurgia De Alta Frequência No Trato Genital (CAF) | 17031028 Exame Pré Operatório Do Mutirão De Próstata (Eletrocardiograma) |
| 08146101 Transplante De Córnea | 17031036 Exame Préoperatório Do Mutirão De Cirurgias De Varizes (Eletrocardiograma) |
| 08146152 Facetomia Com Implante De Lente Intraocular Com A Realização De Exames | 17031044 Eletrocardiograma (Exame Pré Operatório Da Campanha De Cirurgia De Catarata) |
| 08146160 Facomulsificação Com Implante De Lente Intraocular Dobravel Com A Realização De Exame De Tonometria E Biometria Ultrassônica | 17072077 Consulta Oftalmológica E Exame De Retinografia Colorida E Mapeamento De Retina |
| 08148015 Transplante De Córnea Em Cirurgias Combinadas | 17082196 Detecção De Deficiência Auditiva Em Escolares Triados Na 1ª Fase Da Campanha "Quem Ouve Bem Aprende Melhor" |
| 08148023 Transplante De Córnea Em Reoperação | 18011012 Atendimento A Alterações Motoras |
| 10031073 Tratamento Ortodôntico - Instalação De Aparelho Em Pacientes Com Anomalias Crânio Faciais. | 19063024 Fotocoagulação A Laser |
| 10031081 Tratamento Ortodôntico - Manutenção De Aparelho Em Pacientes Com Anomalias Crâ-Nio Faciais | 19063075 Fotocoagulação A Laser - Tratamento Das Retinopatias Decorrentes De Outras Patologias |
| 10051392 Cirurgia De Dente Incluso Em Pacientes Com Anomalias Crânio Faciais | 19074018 Instalação Manutenção De Ventilador Volumétrico Tipo BIPAP |
| 10071024 Implante Dentário Osteointegrado Em Pacientes Com Anomalias Crânio Faciais (Uma Unidade) | 19141017 <i>Atendimentos A Pacientes Que Demandem Cuidados Intensivos De Reabilitação Visual E/Ou Auditiva E/Ou Mental E/Ou Autismo.</i> |
| 10071032 Implante Dentário Osteointegrado Em Pacientes Com Anomalias Crânio Faciais (Duas Unidades) | 19141025 Atendimento De Alta Complexidade A Pacientes Que Demandem Cuidados Intensivos De Medicina Física E Reabilitação (2 Turnos). |
| 10071040 Implante Dentário Osteointegrado Em Pacientes Com Anomalias Crânio Faciais (Três Unidades) | 19141033 Atendimento De Alta Complexidade A Pacientes Que Demandem Cuidados Intensivos De Medicina Física E Reabilitação (1 Turnos). |
| 10071059 Implante Dentário Osteointegrado Em Pacientes Com Anomalias Crânio Faciais (Quatro A Seis Unidades) | 19141041 Atendimento De Média Complexidade A Pacientes Que Demandem Cuidados De reabilitação Física (01 Turno) |
| 10071067 Implante Dentário Osteointegrado Em Pacientes Com Anomalias Crânio Faciais (Mais De Seis Unidades) | 19161018 <i>Abordagem Cognitivo-Comportamental Do Fumante- Por atendimento/ Pa Ciente</i> |
| 10084096 <i>Tratamento Protético Em Pacientes Com Anomalias Crânio Faciais (Prótese Removível)</i> | 19162014 Tratamento Medicamentoso Do Fumante Com Goma De Mascar C/2 Mg De Nicotina - Por Tablete |
| 10084100 Tratamento Protético Em Pacientes Com Anomalias Crânio Faciais (Prótese Fixa) | 19162022 Tratamento Medicamentoso Do Fumante C/ Adesivo De Nicotina De 7mg- Por Adesivo |
| 11041358 Exames Préoperatórios Do Mutirão De Cirurgias De Varizes (Coagulograma, hemograma, Glicose) | 19162030 Tratamento Medicamentoso Do Fumante C/ Adesivo De Nicotina De 14mg- Por Adesivo |
| 11041374 Exames Préoperatórios Da Campanha De Cirurgias De Catarata (Glicose, Hemograma, Coagulograma) | 19162049 Tratamento Medicamentoso Do Fumante C/ Adesivo De Nicotina De 21mg- Por Adesivo |
| 11065141 Exames Préoperatórios Do Mutirão De Próstata (PSA, Coagulograma, Hemograma, glicose, Creatinina, Urocultura C/ Antibiograma) | 19162057 Tratamento Medicamentoso Do Fumante C/ Bupropiona Compr.De 150 Mg - Por Comprimido |
| 11065150 HCV Detecção Por Tecnologia Biomolecular De Ácido Ribonucleico (Teste Qualitativo) | 27011011 Acesso P/Hemodiálise: Implante De Cateter De Longa Permanência |
| 11065168 Genotipagem Do HCV -Biologia Molecular | 27011020 Acesso Para Hemodiálise: Implante De Cateter De Duplo Lúmen |
| 11065176 HCV - Detecção Por Tecnologia Biomolecular De Ácido Ribonucleico (Teste quantitativo) | 27011038 Acesso P/ Hemodiálise: Criação Ou Intervenção Sobre Fístula Arteriovenosa |
| 11066032 Realização De Módulo Sorológico Em Possível Doador De Órgãos | 27011046 Instalação De Cateter Tipo Tenckhoff Ou Similar De Longa Permanência Para DPAC/DPA |
| 11073039 Quantificação Do Ácido Nucleico Carga Viral Do HIV | 27011054 Instalação De Cateter Tipo Tenckhoff Ou Similar De Longa Permanência Para DPI |
| 11073047 Contagem De Linfócitos TCD4 + / CD8+ | 27011062 Retirada De Cateter Tipo Tenckhoff Ou Similar De Longa Permanência Para DPAC/DPA/DPI |
| 11111020 Baciloscopia Direta Para Pesquisa De BAAR Para Diagnóstico Da Tuberculose | 27021017 Cateter P/ Subclávia Duplo Lúmen P/ Hemodiálise |
| 11111038 Baciloscopia Direta Para Pesquisa De BAAR Para Controle E Tratamento Da Tuber-Culose | 27021025 Cateter De Longa Permanência Para Hemodiálise |
| 11201010 Dosagem De Fenilalanina E TSH (Ou T4) | 27021033 Cateter Tipo Tenckhoff Ou Similar De Longa Permanência Para DPAC/DPA/DPI |
| 11202017 Dosagem De Fenilalanina E TSH (Ou T4) E Detecção De Variantes Da Hemoglobina | |
| 11203013 Dosagem De Tripsina Imunorreativa | |

| | |
|---|--|
| 27021068 Dilatador Para Implante De Cateter Duplo Lúmen | 30012031 Coleta E Transporte De Medula Óssea Do Exterior |
| 27021076 Guia Metálico Para Introdução De Cateter Duplo Lúmen | 30012040 Fornecimento, Acondicionamento E Transporte No Ext De Material Cordão Umbilical Para Transplante |
| 27022013 Conjunto De Troca Para Treinamento De Paciente Submetido À DPA/DPAC - 9 Dias | 30012058 Fornecimento, Acondicionamento E Transporte No Ext De Linfócito De Doador Não Aparentado |
| 27022021 Instalação Domiciliar / Manutenção Da Máquina Cicladora / Conjuntos De Troca Para DPA - Paciente / Mês | 30021014 Identificação De Paciente Receptor De Rim, Pâncreas E Rim/Pâncreas |
| 27022030 Conjunto De Troca Para Paciente Submetido DPAC - Paciente / Mês | 30021022 Avaliação De Reatividade Contra Pâncreas - Classe I |
| 27022048 Instalação Domiciliar/Manutenção Da Máquina Cicladora/Conjuntos De Troca Para DPA - Paciente/ 15 Dias | 30022010 Identificação De Doador Vivo De Rim 1ª Fase Doador Tipado |
| 27022056 Conjunto De Troca Para Paciente Submetido DPAC - Paciente/ 15 Dias | 30022029 Identificação De Doador Vivo De Rim 2ª Fase |
| 27031012 Treinamento De Paciente Submetido À Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua Dpac E Diálise Peritoneal Automática DPA/9 Dias | 30022037 Provas Cruzadas(Doador Vivo) (Cross Match) |
| 27031039 Diálise Peritoneal Intermitente - DPI (Máx 2 Sessões Semanais) | 30022045 Auto Prova Cruzada (Auto Cross Match) |
| 27031063 Manutenção E Acompanhamento Domiciliar A Pacientes Submetidos A Diálise Peritoneal Automática - DPA Pacientes/Mês | 30022053 Prova Cruzada (Doador Vivo) (Cross Match) Contra Linfócitos T Ou B Com Absorção De Plaquetas |
| 27031071 Manutenção E Acompanhamento Domiciliar A Pacientes Submetidos A Diálise Peri-Toneal Ambulatorial Continua DPAC Paciente Mês | 30023017 Identificação De Doador Cadáver De Rim/Pâncreas E Rim/Pâncreas |
| 27031080 Manutenção E Acompanhamento Domiciliar À Paciente Submetido À Diálise Peritoneal Ambulatorial Automática - DPA - Paciente 15 Dias | 30023025 Provas Cruzadas (Doador Cadáver) (Cross Match) |
| 27031098 Manutenção E Acompanhamento Domiciliar À Paciente Submetido À Diálise Peritoneal Ambulatorial Continua - DPAC - Paciente 15 Dias | 30031010 Provas Cruzadas - (Doador De Coração) - (Cross Match) |
| 27031136 Diálise Peritoneal Intermitente DPI (Excepcionalidade) | 30051010 Processamento, Preservação E Avaliação Microscópica De Córnea Para Transplante (Máximo 01/Paciente) |
| 27031144 Hemodiálise I | 36011010 Acetato De Ciproterona 50 Mg - Por Comprimido |
| 27031152 Hemodiálise I (Excepcionalidade) | 36021016 Imigliceraz 200 UI - Injetável - Por Frasco/ Ampola |
| 27031160 Hemodiálise I Paciente Portador Do Vírus HIV | 36031011 Bifosfonato 10 Mg - Por Comprimido |
| 27031179 Hemodiálise I Paciente Portador Do Vírus HIV (Excepcionalidade) | 36031020 Cloridrato De Raloxifeno - 60 Mg - Por Comprimido |
| 27031187 Hemodiálise II | 36041017 Bromocriptina 2,5 Mg - Por Comprimido |
| 27031195 Hemodiálise II (Excepcionalidade) | 36041025 Bromocriptina 2,5 Mg - Por Comprimido |
| 27031209 Hemodiálise II Paciente Portador Do Vírus HIV | 36041033 Cabergolina 0,5 Mg - Por Comprimido |
| 27031217 Hemodiálise II Paciente Portador Do Vírus HIV (Excepcionalidade) | 36051012 Calcitonina Sintética De Salmão 200 UI - Spray Nasal - Por Frasco |
| 29021103 Tumor Do Estroma Gastrointestinal-Doença Gastrointestinal Ou Intra-Abdominal Irressecável (Primária, Metastática Ou Recidivada) - Obrigatório O Exame Com Resultado Po-Sitivo Do Anti-CD117/C-KIT Ao Exame De Imuno-Histoquímica | 36051020 Calcitonina Sintética De Salmão - 100 UI - Spray Nasal - Por Frasco |
| 29071119 Fase Cronica Da Leucemia Mielóide Crônica | 36051039 Calcitonina Sintética De Salmão 50 UI - Injetável - Por Ampola |
| 29071143 Fase De Transformação De Leucemia Mielóide Crônica | 36051047 Calcitonina Sintética De Salmão 100 UI - Injetável - Por Ampola |
| 29071178 Fase Blastica De Leucemia Mielóide Crônica | 36061018 Calcitriol 0,25 Mcg - Por Cápsula |
| 30011019 Identificação De Doador Aparentado De Medula Óssea E Outros Precusores Hematopoiéticos 1ª Fase Doador Tipado | 36061026 Calcitriol 1,0 G - Injetável - Por Ampola |
| 30011027 Identificação De Doador Aparentado De Medula Óssea E Outros Precusores Hematopoiéticos 2ª Fase Doador Tipado | 36061034 Alfacalcidol 0,25 Mcg - Por Comprimido |
| 30011035 Identificação De Doador Aparentado De Medula Óssea E Outros Precusores Hematopoiéticos 3ª Fase Doador Tipado | 36061042 Alfacalcidol 1,0 Mcg - Por Comprimido |
| 30011043 Identificação De Doador Não Aparentado De Medula Óssea E Outros Precusores Hematopoiéticos, Para Cadastro No Redome 1ª Fase | 36071013 Ciclosporina 100 Mg - Solução Oral 100 Mg/ML - Por Frasco Com 50 ML |
| 30011051 Identificação De Doador Não Aparentado De Medula Óssea E Outros Precusores Hematopoiéticos, Para Cadastro No Redome 2ª Fase | 36071021 Ciclosporina 25 Mg - Por Cápsula |
| 30011060 Identificação De Receptor De Medula Óssea E Outros Precusores Hematopoiéticos 1ª Fase | 36071030 Ciclosporina 50 Mg - Por Cápsula |
| 30011078 Identificação De Receptor De Medula Óssea E Outros Precusores Hematopoiéticos 2ª Fase | 36071048 Ciclosporina 100 Mg - Por Cápsula |
| 30012015 Busca Internacional De Doador Não Aparentado De Medula Óssea E Outros precusores Hematopoiéticos Celulas Tronco 1ª Fase | 36071056 Micofenolato Mofetil 500 Mg - Por Comprimido |
| 30012023 Busca Internacional De Doador Não Aparentado De Medula Óssea E Outros Precusores Hematopoiéticos Celulas Tronco 2ª Fase | 36071064 Ciclosporina 10 Mg - Por Cápsula |
| | 36071072 Tacrolimus 1 Mg - Por Cápsula |
| | 36071080 Tacrolimus 5 Mg - Por Cápsula |
| | 36071099 Azatioprina 50 Mg - Por Comprimido |
| | 36071102 Sirolimus Solução Oral 1 Mg/ML - Por ML |
| | 36071110 Infliximab - 10 Mg Injetável - Por Ampola De 1 ML |
| | 36071129 Metotrexato - 25 Mg/ML Injetável - Por Ampola De 2 ML |
| | 36071137 Metotrexato - 25 Mg/ML - Injetável - Por Ampola De 20 ML |
| | 36071145 Leflunomide - 20 Mg - Por Comprimido |
| | 36071153 Leflunomide - 100 Mg - Por Comprimido |
| | 36071161 Cloroquina - 150 Mg - Por Comprimido |
| | 36071170 Sulfato De Hidroxicloroquina - 400 Mg - Por Comprimido |
| | 36081019 Clozapina 100 Mg - Por Comprimido |
| | 36081027 Risperidona 1 Mg Por Comprimido |
| | 36081035 Risperidona 2 Mg - Por Comprimido |
| | 36081043 Ofanzapina 5 Mg - Por Comprimido |
| | 36081051 Olanzapina 10 Mg - Por Comprimido |
| | 36081060 Clozapina 25 Mg - Por Comprimido |
| | 36081078 Quetiapina 25 Mg - Por Comprimido |
| | 36081086 Quetiapina 100 Mg - Por Comprimido |
| | 36081094 Quetiapina 200 Mg - Por Comprimido |

| |
|--|
| 36081108 Ziprasidona - 40 Mg - Por Comprimido |
| 36081116 Ziprasidona - 80 Mg - Por Comprimido |
| 36091014 Danazol 100 Mg - Por Cápsula |
| 36101010 Deferoxamina 500 Mg - Injetável - Por Frasco |
| 36101028 Deferoxamina 500 Mg - Injetável - Por Frasco |
| 36102016 Penicilamina 250 Mg Por Cápsula |
| 36102024 Trientina 280 Mg - Por Comprimido |
| 36102032 Cloridrato De Sevelamer - 400 Mg - Por Comprimido |
| 36102040 Cloridrato De Sevelamer - 800 Mg - Por Comprimido |
| 36111015 Acetato De Naxopressina 0,1 Mg/MI Aplic. Nasal Por Frasco 2,5 MI |
| 36121010 Dornase Alfa 2,5 Mg - Por Ampola |
| 36131024 Enzimas Pancreáticas-4.000 UI-Microg./C/ Lib. Entérica (Lipase, Amilase, Prot. Com 4.000 UI De Lipase-Por Cápsula |
| 36131032 Enzimas Pancreáticas-4.500 UI-Microg. C/ Lib. Entérica (Lipase, Amilase, Prot. Com 4.500 UI De Lipase-Por Cápsula |
| 36131040 Enzimas Pancreáticas-8.000 UI-Microg. C/ Lib. Entérica (Lipase, Amilase, Prot. Com 8.000 UI De Lipase-Por Cápsula |
| 36131059 Enzimas Pancreáticas-12.000 UI-Microg. C/ Lib. Entérica (Lipase, Amilase, Prot. Com 12.000 UI De Lipase-Por Cápsula |
| 36131067 Enzimas Pancreáticas-18.000 UI-Microg. C/ Lib. Entérica (Lipase, Amilase, Prot. Com 18.000 UI De Lipase-Por Cápsula |
| 36131075 Enzimas Pancreáticas-20.000 UI-Microg. C/ Lib. Entérica (Lipase, Amilase, Prot. Com 20.000 UI De Lipase-Por Cápsula |
| 36141011 Eritropoetina Humana Recombinante 1.000 U Injetável - Por Frasco/Ampola |
| 36141020 Eritropoetina Humana Recombinante 2.000 U - Injetável - Por Frasco/Ampola |
| 36141038 Eritropoetina Humana Recombinante 3.000 U - Injetável - Por Frasco/Ampola |
| 36141046 Eritropoetina Humana Recombinante 4.000 U - Injetável - Por Frasco/Ampola |
| 36141054 Eritropoetina Humana Recombinante 10.000U - Injetável - Por Frasco/Ampola |
| 36151017 Acitretina 10 Mg - Por Cápsula |
| 36151025 Acitretina 20 Mg - Por Cápsula |
| 36161020 Gosereлина 50 Mg - Injetável - Por Frasco/Ampola |
| 36161039 Triptorelina 3,75 Mg - Injetável Por Frasco/Ampola |
| 36161047 Acetato De Somatostatina 3,75 Mg Injetável Por Frasco |
| 36161055 Gosereлина 80 Mg - Injetável - Por Seringa Pronta Para Administração. |
| 36171018 Hidróxido De Ferro Endovenoso - Injetável - Por Frasco |
| 36181013 Imunoglobulina Humana Intravenosa 500 Mg Injetável - Por Frasco |
| 36181021 Imunoglobulina Humana Intravenosa 2,5 G - Injetável Por Frasco |
| 36181030 Imunoglobulina Humana Intravenosa 5,0 G - Injetável - Por Frasco |
| 36181048 Imunoglobulina Humana Intravenosa 1,0 G - Injetável Por Frasco |
| 36181056 Imunoglobulina Humana Intravenosa 3,0 G - Injetável - Por Frasco |
| 36181064 Imunoglobulina Humana Intravenosa 6,0 G - Injetável Por Frasco |
| 36181072 Imunoglobulina Da Hepatite B - 100 Mg Injetável Por Frasco |
| 36181080 Imunoglobulina Da Hepatite B - 200 Mg Injetável Por Frasco |
| 36181099 Imunoglobulina Da Hepatite B - 500 Mg Injetável Por Frasco |
| 36181102 Imunoglobulina Da Hepatite B - 1000 Mg Injetável Por Frasco |
| 36201014 Lamotrigina - 100 Mg - Por Comprimido |
| 36201022 Vigabatrina - 500 Mg Por Comprimido |
| 36201030 Topiramato - 500 Mg - Por Comprimido |
| 36201049 Topiramato - 80 Mg - Por Comprimido |
| 36201057 Topiramato - 100 Mg - Por Comprimido |
| 36201065 Gabapentina - 300 Mg - Por Comprimido |

| |
|--|
| 36201073 Gabapentina - 400 Mg - Por Comprimido |
| 36211010 Molgramostima 300 Mcg / Lenograstima 33,6 MUI / Filgrastima 300 Mg/Mcg - injetáveis - Por Frasco |
| 36221015 Metilprednisolona 500 Mg - Injetável - Por Ampola |
| 36231010 Octreotida 0,1 Mg/MI - Injetável Por Frasco/Ampola |
| 36231029 Octreotida Lar 10 Mg - Injetável Por Frasco/Ampola + Diluentes - Tratamento Mensal |
| 36231037 Octreotida Lar 20 Mg - Injetável Por Frasco/Ampola + Diluentes - Tratamento Mensal |
| 36231045 Octreotida Lar 30 Mg - Injetável Por Frasco/Ampola + Diluentes - Tratamento Mensal |
| 36231053 Acetato De Lanreotida 30 Mg - Por Frasco/Ampola |
| 36251011 Sulfasalazina 500 Mg - Por Comprimido |
| 36251020 Mesalazina 400 Mg - Por Comprimido |
| 36251038 Mesalazina - 500 Mg - Por Comprimido |
| 36251046 Mesalazina - 3 G + Diluente 100 MI (Enema) - Por Dose |
| 36251054 Mesalazina - 250 Mg - Supositório - Por Supositório |
| 36251062 Mesalazina - 1000 Mg - Supositório - Por Supositório |
| 36261017 Somatotrofina Recombinante Humana - 4 UI - Injetável Por Frasco/Ampola |
| 36261025 Somatotrofina Recombinante Humana - 12 UI - Injetável Por Frasco/Ampola |
| 36262013 Fludrocortisona - 0,1 Mg - Por Comprimido |
| 36262021 Flutamida - 250 Mg - Por Comprimido |
| 36271012 Toxina Tipo A De Clostridium Botulinum - 100 UI - Injetável Por Frasco/Ampola |
| 36271020 Toxina Tipo A De Clostridium Botulinum - 500 UI - Injetável Por Frasco/Ampola |
| 36281018 Ribavirina 250 Mg - Por Cápsula |
| 36281026 Interferon Alfa 2a Ou 2b 3.000.000 UI - Por Frasco Ampola Injetável |
| 36281034 Interferon Alfa 2a Ou 2b 4.500.000 Ou 5.000.000 UI - Por Frasco Ampola Injetável |
| 36281042 Interferon Alfa 2a Ou 2b 9.000.000 Ou 10.000.000 UI Por Frasco Ampola Injetável |
| 36281050 Interferon Alfa Peguilado - Tratamento Da Hepatite Viral Crônica C - Por tratamento/ Paciente/Mês |
| 36281069 Lamivudina - 100 Mg - Por Comprimido |
| 36281077 Lamivudina - 10 Mg/MI - Solução Oral - Frasco Com 254 MI |
| 36291013 Acetato De Glatiramer 20 Mg - Por Frasco Ampola Para Injeção Subcutânea + Diluente + Seringa/Agulha |
| 36291021 Interferon Beta 1a 3.000.000 UI (11 Mcg) - Injetável Por Frasco/Ampola |
| 36291030 Interferon Beta 1b 9.600.000 UI (0,3 Mg) Injetável Por Frasco/Ampola |
| 36291048 Interferon Beta 1a 6.000.000 UI (22 Mcg) - Injetável Por Seringa Pré preenchida |
| 36291056 Interferon Beta 1a 12.000.000 UI (44 Mcg) - Injetável Por Seringa Pré preenchida |
| 36291064 Interferon Beta 1a - 6.000.000 UI (30 Mcg) - Frasco Ampola Para Injeção Intramuscular + Diluente + Seringa/Agulha - Por Frasco Ampola |
| 36301019 Isotretinoína 10 Mg - Uso Oral - Por Cápsula |
| 36301027 Isotretinoína 20 Mg - Uso Oral - Por Cápsula |
| 36311014 Rivastigmina 1,5 Mg - Por Cápsula Gel Dura |
| 36311022 Rivastigmina 3 Mg - Por Cápsula Gel Dura |
| 36311030 Rivastigmina 4,5 Mg - Por Cápsula Gel Dura |
| 36311049 Rivastigmina 6 Mg - Por Cápsula Gel Dura |
| 36311057 Rivastigmina Solução Oral Com 2,0 Mg/MI - Por Frasco Com 120 MI |
| 36311065 Donepezil 5 Mg - Por Comprimido |
| 36311073 Donepezil 10 Mg - Por Comprimido |
| 36321010 Levotiroxina Sódica - 25 Mcg - Por Comprimido |
| 36321028 Levotiroxina Sódica - 50 Mcg - Por Comprimido |
| 36321036 Levotiroxina Sódica - 100 Mcg - Por Comprimido |
| 36321044 Levotiroxina Sódica - 150 Mcg - Por Comprimido |
| 36331015 Hidroxiúria - 500 Mg - Por Cápsula |

| | |
|--|--|
| 36341010 Complemento Alimentar Para Fenilcetonúricos - Fórmula De Aminoácidos Isenta De Fenilalanina (Para Pacientes Menores De 1 Ano De Idade) - Lata - Por Grama | 36391085 Dipropionato De Beclometasona - 200 Mcg - Pó Inalante - Com Dispositivo Inalador -100 Doses |
| 36341029 Complemento Alimentar Para Fenilcetonúricos - Fórmula De Aminoácidos Isenta De Fenilalanina (Para Pacientes Maiores De 1 Ano De Idade) - Lata - Por Grama | 36391093 Dipropionato De Beclometasona - 400 Mcg - Pó Inalante - Com Dispositivo Inalador -100 Doses |
| 36351016 Selegilina 5 Mg - Por Comprimido | 36391107 Fumarato De Formoterol - 6 Mcg - Pó Inalante - 60 Doses |
| 36351024 Selegilina 10 Mg - Por Comprimido | 36391115 Fumarato De Formoterol - 12 Mcg - Pó Inalante - 60 Doses |
| 36351032 Levodopa 250 Mg + Carbidopa 25 Mg - Por Comprimido | 36391123 Fumarato De Formoterol - 12 Mcg - Aerosol 5 MI - 50 Jatos |
| 36351040 Levodopa 200 Mg + Carbidopa 50 Mg - Liberação Lenta Ou Dispersível - Por Cápsula Ou Comprimido | 36391131 Fumarato De Formoterol - 12 Mcg - Cápsula - Com 30 Cápsulas Pó Inalante, Com inalador |
| 36351059 Levodopa 100 Mg + Benserazida 25 Mg - Liberação Lenta Ou Dispersível - Por Cápsula Ou Comprimido | 36391140 Fumarato De Formoterol - 12 Mcg - Cápsula - Com 60 Cápsulas Pó Inalante, Com Inalador |
| 36351067 Levodopa 200 Mg + Benserazida 50 Mg - Por Comprimido | 36391158 Fumarato De Formoterol - 12 Mcg Cápsula - Com 30 Cápsulas Pó Inalante, Sem Inalador |
| 36351075 Pergolida - 0,25 Mg - Por Comprimido | 36391166 Fumarato De Formoterol - 12 Mcg Cápsula - Com 60 Cápsulas Pó Inalante, Sem Inalador |
| 36351083 Pergolida - 1 Mg - Por Comprimido | 36391174 Xinafoato De Salmeterol - 50 Mcg - Pó Inalante - 60 Doses |
| 36351091 Pramipexol - 0,125 Mg - Por Comprimido | 36391182 Budesonida - 32 Mcg - Suspensão Nasal - 120 Doses |
| 36351105 Pramipexol - 0,25 Mg - Por Comprimido | 36391190 Budesonida - 50 Mcg - Suspensão Nasal - 200 Doses |
| 36351113 Pramipexol - 1 Mg - Por Comprimido | 36391204 Budesonida - 64 Mcg - Suspensão Nasal - 120 Doses |
| 36351128 Tolcapone - 100 Mg - Por Comprimido | 36391212 Budesonida - 100 Mcg - Suspensão Nasal - 200 Doses |
| 36351130 Tolcapone - 200 Mg - Por Comprimido | 36391220 Budesonida - 0,050 Mg - Aerosol Nasal Com 10 MI |
| 36351148 Entacapone - 200 Mg - Por Comprimido | 36391239 Budesonida - 0,050 Mg - Aerosol Bucal - Com 5 MI 100 Doses |
| 36351156 Triexifenidila - 5 Mg - Por Comprimido | 36391247 Budesonida - 0,200 Mg - Aerosol Bucal - Com 5 MI - 100 Doses |
| 36351164 Biperideno - 2 Mg - Por Comprimido | 36391255 Budesonida - 100 Mcg - Pó Inalante - 200 Doses |
| 36351172 Biperideno - 4 Mg - Por Comprimido | 36391263 Budesonida - 200 Mcg - Pó Inalante - 100 Doses |
| 36361011 Riluzol - 50 Mg - Por Comprimido | 36391271 Budesonida - 200 Mcg - Cápsula Pó Inalante 60 Cápsulas, Com Inalador |
| 36371017 Sulfato De Morfina - 10 Mg /MI - Por Ampola Com 1 MI | 36391280 Budesonida - 200 Mcg - Cápsula Pó Inalante - 60 Cápsulas, Sem Inalador |
| 36371025 Sulfato De Morfina - 10 Mg - Por Comprimido | 36391298 Fumarato De Formoterol 6 Mcg + Budesonida 100 Mcg - Pó Inalatório - 60 Doses |
| 36371033 Sulfato De Morfina - 30 Mg - Por Comprimido | 36391301 Fumarato De Formoterol 6 Mcg + Budesonida 200 Mcg - Pó Inalatório - 60 Doses |
| 36371041 Sulfato De Morfina LC - 30 Mg - Por Cápsula | 36401013 Cloridrato De Ciprofloxacina - 250 Mg - Por Comprimido |
| 36371050 Sulfato De Morfina LC - 60 Mg - Por Cápsula | 36401021 Cloridrato De Ciprofloxacina - 500 Mg - Por Comprimido |
| 36371068 Sulfato De Morfina LC - 100 Mg - Por Cápsula | 36351180 Amantadina - 100 Mg - Por Comprimido |
| 36371076 Sulfato De Morfina - 10 Mg/MI - Solução Oral - Por Frasco Com 60 MI | 36381110 Fluvastatina - 20 Mg - Por Comprimido |
| 36371084 Cloridrato De Metadona - 5 Mg - Por Comprimido | 36381128 Fluvastatina - 40 Mg - Por Comprimido |
| 36371092 Cloridrato De Metadona - 10 Mg - Por Comprimido | 36381136 Lovastatina - 10 Mg - Por Comprimido |
| 36371106 Cloridrato De Metadona - 10 Mg /MI Injetável - Por Ampola Com 1 MI | 36381144 Lovastatina - 20 Mg - Por Comprimido |
| 36371114 Fosfato De Codeína - 30 Mg - Por Comprimido | 36381152 Lovastatina - 40 Mg - Por Comprimido |
| 36371122 Fosfato De Codeína - 60 Mg - Por Comprimido | 36391310 Fumarato De Formoterol - 12 Mcg + Budesonida 200 Mcg - Pó Inalatório - 60 Doses |
| 36371130 Fosfato De Codeína - 30 Mg /MI - Solução Oral - Por Frasco Com 120 MI | 36391328 Fumarato De Formoterol - 12 Mcg + Budesonida 400 Mcg - Pó Inalatório - 60 Doses |
| 36371149 Fosfato De Codeína - 30 Mg/MI - Por Ampola Com 2 MI | 36411019 Benzafibrato - 200 Mg - Por Drágea |
| 36381012 Atorvastatina - 10 Mg - Por Comprimido | 36411027 Benzafibrato - 400 Mg - Por Drágea Retard |
| 36381020 Atorvastatina - 20 Mg - Por Comprimido | 36411035 Ciprofibrato - 100 Mg - Por Comprimido |
| 36381039 Pravastatina - 10 Mg - Por Comprimido | 36411043 Clofibrato - 360 Mg - Por Drágea |
| 36381047 Pravastatina - 20 Mg - Por Comprimido | 36411051 Etofibrato - 500 Mg - Por Cápsula |
| 36381055 Pravastatina - 40 Mg - Por Comprimido | 36411060 Fenofibrato - 200 Mg - Por Cápsula |
| 36381063 Simvastatina - 5 Mg - Por Comprimido | 36411078 Fenofibrato - 250 Mg - Por Cápsula Retard |
| 36381071 Simvastatina - 10 Mg - Por Comprimido | 36411086 Genfibrato (Genfibrozila) - 600 Mg - Por Cápsula Ou Comprimido |
| 36381080 Simvastatina - 20 Mg - Por Comprimido | 36411094 Genfibrato (Genfibrozila) - 900 Mg - Por Comprimido |
| 36381098 Simvastatina - 40 Mg - Por Comprimido | 37011049 Coleta De Sangue Em Hemocentro Destinada A Realização De Exames De Histocom-Patibilidade Para Cadastro De Doador Redome |
| 36381101 Simvastatina - 80 Mg - Por Comprimido | 38011018 Acompanhamento De Pacientes Pós Transplante De Córnea Bi/Unilateral |
| 36391018 Sulfato De Salbutamol - 100 Mcg - Dose - Aerosol 200 Doses | 38011026 Acompanhamento De Pacientes Pós Transplante De Rim, Fígado, Coração, Pulmão, medula Óssea E Pâncreas |
| 36391026 Bromidrato De Fenoterol - 0,2 Mg - Dose - Aerosol 200 Doses - 15 MI C/Adaptador | 38021013 Dosagem Sérica De Ciclosporina Em Paciente Transplantado |
| 36391034 Bromidrato De Fenoterol - 2 Mg/MI - Aerosol - 10 MI + Bocal | 38021021 Dosagem Sérica De Tacrolimus Em Paciente Transplantado |
| 36391042 Dipropionato De Beclometasona - 50 Mcg - Lata/Frasco - Nasal - 200 Doses | |
| 36391050 Dipropionato De Beclometasona - 50 Mcg - Lata/Frasco - Oral (Aerosol) - 200 Doses | |
| 36391069 Dipropionato De Beclometasona - 250 Mcg - Spray - 200 Doses | |
| 36391077 Dipropionato De Beclometasona - 100 Mcg - Pó Inalante - Com Dispositivo Inalador -100 Doses | |

| |
|--|
| 38021030 Cd4 / Cd3 Em Paciente Transplantado |
| 38021048 Módulo Microbiológico Em Paciente Transplantado. |
| 38022010 Ecografia Em Paciente Transplantado |
| 38023016 Biópsia E Exames Anatomo/Citopatologia Em Paciente Transplantado |
| 38024012 Radiologia Em Paciente Transplantado (Órgão Transplantado) |
| 38031019 Diagnóstico De Deficiência Auditiva De Caso Unilateral Ou Bilateral |
| 38031027 Acompanhamento E Avaliação De Deficiência Auditiva Unilateral Ou Bilateral De criança Adaptada Com 01 Ou 02 AASI. |
| 38031035 Acompanhamento E Avaliação De Deficiência Auditiva Unilateral Ou Bilateral De adulto Adaptado Com 01 Ou 02 AASI. |
| 38031043 Acompanhamento E Avaliação De Deficiência Auditiva Unilateral Ou Bilateral De criança Não Adaptada Com 01 Ou 02 AASI. |
| 38031051 Acompanhamento E Avaliação De Deficiência Auditiva Unilateral Ou Bilateral Adulto Não Adaptado Com AASI. |
| 38031060 Acompanhamento E Avaliação De Deficiência Auditiva Unilateral Ou Bilateral Em criança Com Implante Coclear |
| 38031078 Acompanhamento E Avaliação De Deficiência Auditiva Unilateral Ou Bilateral Em adulto Com Implante Coclear |
| 38031086 Acompanhamento E Avaliação De Portadores De Lesões Labiopalatais E/Ou Criança Com Deficiência Auditiva Unilateral Ou Bilateral Com Aparelho(S) Auditivo(S) adaptado(S) Ou Sem Aparelho(S). |
| 38031094 Acompanhamento E Avaliação De Portadores De Lesões Labiopalatais E/Ou Adulto Com Deficiência Auditiva Unilateral Ou Bilateral Com Aparelho(S) Auditivo(S) adaptado(S) Ou Sem Aparelho(S). |
| 38032015 Potencial Evocado De Tronco Cerebral – BERA |
| 38032023 Emissões Otoacústicas |
| 38033011 Seleção De Modelo De AASI Em Criança (Entre Vários Modelos) |
| 38033020 Seleção De Modelo De AASI Em Adultos (Entre Vários Modelos) |
| 38034018 AASI Externo, Com Aparelho Convencional (Unitário) |
| 38034026 AASI Externo, Com Amplificador Retro - Auricular Analógico (Unitário) |
| 38034034 AASI Externo Com Amplificador Retro - Auricular Digital (Unitário) |
| 38034042 AASI Externo Com Amplificador Retro - Auricular Analógico Programável (Unitário). |
| 38034050 AASI Externo Com Amplificador Intra - Auricular Analógico (Unitário) |
| 38034069 AASI Externo Com Amplificador Intra - Auricular Digital (Unitário) |
| 38034077 AASI Externo Com Amplificador Intra - Auricular Analógico Programável (Unitário) |
| 38034085 AASI Externo Com Amplificador Intra - Canal Analógico (Unitário) |
| 38034093 AASI Externo Com Amplificador Intra - Canal Digital (Unitário) |
| 38034107 AASI Externo Com Amplificador Intra - Canal Analógico Programável (Unitário) |
| 38034115 AASI Externo Com Amplificador Microcanal Analógico (Unitário) |
| 38034123 AASI Externo Com Amplificador Microcanal Digital (Unitário) |
| 38034131 AASI Externo Com Amplificador Microcanal Analógico Programável (Unitário) |
| 38034140 AASI Externo Com Vibrador Ósseo (Unitário). |
| 38035014 Reposição De AASI Externo, Com Aparelho Convencional, Unitário |
| 38035022 Reposição De AASI Externo, Com Amplificador Retro - Auricular Analógico, Unitário. |
| 38035030 Reposição De AASI Externo Com Amplificador Retro - Auricular Digital, Unitário |

| |
|---|
| 38035049 Reposição De AASI Externo Com Amplificador Retro - Auricular Analógico programável,Unitário |
| 38035057 Reposição De AASI Externo Com Amplificador Intra - Auricular Analógico, Unitário |
| 38035065 Reposição De AASI Externo Com Amplificador Intra - Auricular Digital, Unitário |
| 38035073 Reposição De AASI Externo Com Amplificador Intra - Auricular Analógico programável, Unitário |
| 38035081 Reposição De AASI Externo Com Amplificador Intra - Canal Analógico, Unitário |
| 38035090 Reposição De AASI Externo Com Amplificador Intra - Canal Digital, Unitário |
| 38035103 Reposição De AASI Externo Com Amplificador Intra - Canal Analógico Programável, Unitário |
| 38035111 Reposição De AASI Externo Com Amplificador Microcanal Analógico, Unitário |
| 38035120 Reposição De AASI Externo Com Amplificador Microcanal Digital, Unitário |
| 38035138 Reposição De AASI Externo Com Amplificador Microcanal Analógico Programável, Unitário |
| 38035146 Reposição De AASI Externo Com Vibrador Ósseo, Unitário |
| 38036010 Fono terapia Individual |
| 38036029 Fono terapia Grupal |
| 38042010 Acompanhamento De Pacientes Que, Em Função De Seu Quadro Clínico Atual, Demandem Cuidados Intensivos Em Saúde Mental. (Máximo 25 Procedimentos/Paciente/Mês) |
| 38042029 Acompanhamento A Pacientes Que, Em Função De Seu Quadro Clínico Atual, Demandem Cuidados Semi - Intensivos Em Saúde Mental (Máximo 12 Procedimentos/Paciente/Mês) |
| 38042037 Acompanhamento A Pacientes Que, Em Função De Seu Quadro Clínico, Demandem cuidados Não Intensivos Em Saúde Mental (Máximo 03 Procedimentos/Paciente/Mês) |
| 38042045 Acompanhamento A Crianças E Adolescentes Com Transtornos Mentais Que Demandem Cuidados Intensivos Em Saúde Mental (Máximo 22 Procedimentos/Paciente/Mês). |
| 38042053 Acompanhamento A Crianças E Adolescentes Com Transtorno Mentais Que Demandem Cuidados Semiintensivos Em Saúde Mental (Máximo 12 Procedimentos/Paciente/Mês). |
| 38042061 Acompanhamento A Crianças E Adolescentes Com Transtornos Mentais Que Demandem Cuidados Não Intensivos Em Saúde Mental (Máximo 03 Procedimentos/Paciente/Mês). |
| 38042070 Acompanhamento A Pacientes Com Dependência E/Ou Uso Prejudicial De Alcool E outras Drogas, Que Demandem Cuidados Intensivos Em Saúde Mental (Máximo 22 procedimentos/ Paciente/Mês) |
| 38042088 Acompanhamento A Pacientes Com Dependência E/Ou Uso Prejudicial De Alcool E outras Drogas, Que Demandem Cuidados Semiintensivos Em Saúde Mental (Máximo 12 Procedimentos/ Paciente/ Mês) |
| 38042096 Acompanhamento A Pacientes Com Dependência E/Ou Uso Prejudicial De Alcool E outras Drogas, Que Demandem Que Demandem Cuidados Não Intensivos Em Saúde Mental (Máximo 03 Procedimentos/Paciente/ Mês) |
| 38042100 Acompanhamento De Pacientes Que Demandem Cuidados Em Saúde Mental No Período Das 18 Às 21 Horas. (Máximo 08 Procedimentos/ Paciente/Mês) |
| 38051010 Acompanhamento Do Paciente Médio E Grande Queimado - Atendimento Alta complexidade |
| 38051028 Acompanhamento Do Paciente Médio E Grande Queimado - Atendimento Intermediário |
| 38051036 Acompanhamento Do Paciente Médio E Grande Queimado - Atendimento Básico |
| 38051044 Acompanhamento Do Paciente Pequeno Queimado - Atendimento Alta Complexidade |
| 38051052 Acompanhamento Do Paciente Pequeno Queimado - Atendimento Intermediário |
| 38051060 Acompanhamento Do Paciente Pequeno Queimado - Atendimento Básico |

| |
|---|
| 38052016 Curativo Pequeno |
| 38052024 Curativo Médio |
| 38052032 Curativo Grande |
| 38052040 Curativo |
| 38053012 Malha Compressiva Para Tratamento De Sequelas De Queimaduras - Luva C/ E S/ Dedos Até Ombro |
| 38053020 Malha Compressiva Para Tratamento De Sequelas De Queimaduras - Luva C/ E S/ Dedos Até Pulso |
| 38053039 Malha Compressiva Para Tratamento De Sequelas De Queimaduras - Meio Cano Ou cano De Perna E Braço |
| 38053047 Malha Compressiva Para Tratamento De Sequelas De Queimaduras - Tórax Com Mangas |
| 38053055 Malha Compressiva Para Tratamento De Sequelas De Queimaduras - Tórax Sem Mangas |
| 38053063 Malha Compressiva Para Tratamento De Sequelas De Queimaduras - Meia Calça C/ Uma Perna Curta / Longa |
| 38053071 Malha Compressiva Para Tratamento De Sequelas De Queimaduras - Meia Calça Para Uma Perna |
| 38053080 Malha Compressiva Para Tratamento De Sequelas De Queimaduras - Meia Calça completa |
| 38053098 Malha Compressiva Para Tratamento De Sequelas De Queimaduras - Meia Até A Virilha Ou Joelho |
| 38053101 Malha Compressiva Para Tratamento De Sequelas De Queimaduras - Para Cabeça E pescoço |
| 38061015 Acomp E Aval De Pac Amput Que Necessitem De Próteses E Meios Aux De Locomoção |
| 38061023 Acomp E Aval De Pac Amput Que Necessitem De Próteses E Meios Aux De Locomoção |
| 38061031 Acomp E Aval De Pac Amput Que Necessitem De Órteses E Ou Meios Aux De Locomoção |
| 38071010 Acompanhamento Em SRTN De Pacientes Com Diagnóstico De Fenilcetonúria |
| 38071029 Acompanhamento Em SRTN De Pacientes Com Diagnóstico De Hipotireoidismo Con-Gênito |

| |
|---|
| 38071037 Acompanhamento Em SRTN De Pacientes Com Diagnóstico De Doenças Falciformes E Outras Hemoglobinopatias |
| 38071045 Acompanhamento Em SRTN De Pacientes Com Diagnóstico De Fibrose Cística |
| 38081016 Acompanhamento Domiciliar E Avaliação De Paciente Portador De Distrofia Muscular Progressiva Submetido A Ventilação Nasal Intermitente De Pressão Positiva VNIPP |
| 38091011 Consulta/Diagnóstico/Avaliação De Glaucoma |
| 38091020 Acompanhamento E Avaliação De Glaucoma Com Realização De Exames (Fundoscopia E Tonometria) Máximo 04/Ano |
| 38092018 Tratamento Oftalmológico De Paciente Com Glaucoma - 1ª Linha Monocular |
| 38092026 Tratamento Oftalmológico De Paciente Com Glaucoma - 1ª Linha Binocular |
| 38092034 Tratamento Oftalmológico De Paciente Com Glaucoma - 2ª Linha Monocular |
| 38092042 Tratamento Oftalmológico De Paciente Com Glaucoma - 2ª Linha Binocular |
| 38092050 Tratamento Oftalmológico De Paciente Com Glaucoma - 3ª Linha Monocular |
| 38092069 Tratamento Oftalmológico De Paciente Com Glaucoma - 3ª Linha Binocular |
| 38092077 Tratamento Oftalmológico De Paciente Com Glaucoma Situação Especial "A" Com Uso De Acetazolamida - Monocular/Binocular |
| 38092085 Tratamento Oftalmológico De Paciente Com Glaucoma Situação Especial "B" Com Uso De Pilocarpina Monocular |
| 38092093 Tratamento Oftalmológico De Paciente Com Glaucoma Situação Especial "B" Com Uso De - Pilocarpina - Binocular |
| 38101017 Acompanhamento De Pac. Que Necessitem De Estimulação Neuro Sensorial |

ESTRATÉGICOS SIH-SUS

ANEXO IV

| |
|---|
| 31003052 Prostatectomia |
| 31005055 Ressecção Endoscópica Da Próstata |
| 31800017 Nefroureterectomia Para Transplante |
| 31802010 Transplante Renal Receptor (Doador Vivo) |
| 31803016 Transplante Renal Equipe Nefrologica (Doador Vivo) |
| 31803024 Transplante Renal Receptor - Doador Cadáver - Equipe Nefrologica |
| 31805019 Transplante Renal Receptor - Doador Cadáver |
| 32042043 Tratamento Cirúrgico De Varizes Da Safena Externa Unilateral |
| 32043040 Tratamento Cirúrgico De Varizes Da Safena Externa Bilateral |
| 32044046 Tratamento Cirúrgico De Varizes Da Safena Interna Unilateral |
| 32045042 Tratamento Cirúrgico De Varizes Da Safena Interna Bilateral |
| 32046049 Tratamento Cirúrgico De Varizes Da Safena Interna/Externa Unilateral |
| 32047045 Tratamento Cirúrgico De Varizes Da Safena Interna/Externa Bilateral |
| 32067046 Angioplastia Intraluminal Dos Vasos Das Extremidades; |
| 32068042 Angioplastia Intraluminal Dos Vasos Das Extremidades Com Implante De Stent Não Re-Coberto; |
| 32069049 Angioplastia Intraluminal Dos Vasos Do Pescoço Ou Tronco Supraaórtico; |
| 32070047 Angioplastia Intraluminal Vasos Do Pescoço Ou Tronco Supraaórtico Com Implante De Stent Não Recoberto; |
| 32071043 Angioplastia Intraluminal Vasos Do Pescoço Ou Tronco Supraaórtico Com Implante De Stent Recoberto; |
| 32072040 Angioplastia Intraluminal De Vasos Viscerais Ou Renais; |
| 32073046 Angioplastia Intraluminal De Vasos Viscerais Ou Renais Com Implante De Stent Não Recoberto. |
| 32074042 Angioplastia Intraluminal Da Aorta, Veia Cava Ou Vasos Iliacos Com Implante De Stent Não Recoberto; |
| 32075049 Angioplastia Intraluminal Aorta, Veia Cava Ou Vasos Iliacos Com Implante De Stent Recoberto; |
| 32076045 Correção Endovascular De Aneurisma Ou Dissecção Da Aorta Torácica Com Implante De Stent Recoberto Tubular; |
| 32077041 Correção Endovascular De Aneurisma Da Aorta Abdominal Ou Iliaca Com Implante De Stent Recoberto Tubular Ou Cônico; |
| 32078048 Correção Endovascular De Aneurisma Da Aorta Abdominal/iliacas Com Implante De Stent Bifurcado Recoberto; |
| 32079044 Angioplastia Intraluminal Com Implante De Prótese Endovascular Transhepática (Tips). |
| 32080042 Colocação Percutânea De Filtro De Veia Cava Na Trombose Venosa Periférica, Associada À Embolia Pulmonar. |
| 33000000 Cirurgia Múltipla Em Pacientes Com Lesões Labio Palatais Ou Cranio Faciais |

| | |
|----------|---|
| 33022046 | Gastroplastia |
| 36003050 | Vitrectomia Posterior |
| 36005061 | Transplante De Esclera |
| 36007064 | Transplante De Periosteio Em Escleromalacia |
| 36010022 | Transplante De Cornea |
| 36015024 | Transplante De Cornea Em Reoperacoes |
| 36016020 | Transplante De Cornea Em Cirurgias Combinadas |
| 36018023 | Topoplastia Do Transplante |
| 37040014 | Implante Coclear |
| 37090011 | Timpanoplastia (Uni Ou Bilateral) Em Pacientes Com Deformidades Cranio-Fac |
| 37090038 | Amigdalectomia Com Adenoidectomia Em Pacientes Com Deformidades Cranio-Faciais |
| 37091018 | Microcirurgia Otológica Em Pacientes Com Deformidades Cranio Faciais |
| 38000008 | Cirurgias Plasticas Corretivas Sequenciais Em Pacientes Pós Gastroplastia |
| 38008084 | Tratamento Cirurgico Reparador Nao Estetico De Nariz Em Cela |
| 38012081 | Rinoplastia Em Pacientes Com Lesoes Labio-Palatais |
| 38013088 | Septoplastia Em Pacientes Com Lesoes Labio-Palatais |
| 38014092 | Alongamento De Columnela Em Pacientes Com Lesoes Labio-Palatais |
| 38040026 | Palatoplastia Completa |
| 38041022 | Palatoplastia Com Enxerto Osseo Ou Retalho |
| 38042029 | Palatoplastia Parcial |
| 38043025 | Palato-Labioplastia Uni Ou Bilateral (Por Estagio) |
| 38046024 | Cirurgia Ortognatica Para Maxilar Ou Maxilar/Mandibular |
| 38047020 | Cirurgia Ortognatica Tipo Le Fort Iii |
| 38048140 | Pequeno Queimado |
| 38050056 | Queiloplastia Em Pacientes Com Deformidades Cranio-Faciais |
| 38050080 | Tratamento Cirurgico Reparador Nao Estetico Do Nariz Em Pacientes Com deformidades Cranio Faciais |
| 38051052 | Excisao E Reconstrucao Total De Labio Em Pacientes Com Deformidades Cranio |
| 38052148 | Médio Queimado Alta Complexidade |
| 38053144 | Grande Queimado Alta Complexidade |
| 38054140 | Médio Queimado Centro Intermediário |
| 38055147 | Grande Queimado Centro Intermediário |
| 38056143 | Primeiro Atendimento Médio E Grande Queimado |
| 38058138 | Dermolipectomia Pós Gastroplastia |
| 38059061 | Mamoplastia Pós Gastroplastia |
| 38060060 | Dermolipectomia Crural Pós Gastroplastia |
| 38061139 | Dermolipectomia Braquial Pós Gastroplastia |
| 39011143 | Transplante Tendinoso Ao Nivel Do Joelho |
| 40001040 | Tratamento Cirurgico Da Epilepsia |
| 40249018 | Embolização De Tumores Intracranianos Ou Da Cabeça E Pescoço |
| 40250016 | Embolização De Aneurismas Cerebrais Com Espirais Destacaveis |
| 40251012 | Embolização De Mal Formações Arteriovenosas |
| 40252019 | Embolização De Fistulas Carotido Cavernasas Com Balões Destacáveis |
| 44030045 | Tratamento Cirurgico De Fistula Buco Sinusal Em Pacientes Com Deformidades |
| 44040032 | Implante Osteointegrado Extra Oral |
| 46800018 | Transplante De Coração |
| 46800085 | Transplante De Fígado |
| 46801014 | Transplante De Pulmão |
| 46804013 | Transplante Simultâneo De Pâncreas E Rim |
| 46805010 | Transplante De Pâncreas Apos Rim |
| 46806016 | Transplante De Pâncreas Isolado |
| 46807012 | Cirurgia Para Retirada De Coração Para Transplante |
| 46808019 | Cirurgia Para Retirada De Pulmão Para Transplante |
| 46809015 | Cirurgia Para Retirada Unilateral/Bilateral De Rim Para Transplante |
| 46810013 | Cirurgia De Enucleação Unilateral/Bilateral Para Transplante |
| 46811010 | Cirurgia Para Retirada De Fígado Para Transplante |
| 46812016 | Coordenação De Sala Cirúrgica Para Retirada De Órgãos |
| 46813012 | Transplante De Medula Ossea Autogenico |
| 46814019 | Transplante De Medula Ossea Alogênico Aparentado |
| 46815015 | Transplante De Medula Ossea Alogênico Não Aparentado |
| 46816011 | Transplante De Cel Progenitoras De Med Os Autog Sangue Periférico |
| 46817018 | Transplante De Cel Progenitoras De Med Os Alog Aparent Sangue Periférico |
| 46818014 | Transplante De Cel Progenitoras De Med Os Alog Aparent Sangue Cordão Umb Ou Plac |
| 46819010 | Transplante De Cel Progenitoras De Med Os Alog Não Aparent Sangue Periférico |
| 46820019 | Transplante De Cel Progenitoras De Med Os Alog Não Aparent Sangue Cordão Umb Ou Plac |
| 46821015 | Manut Hemod Do Doador P/ Retirada De Órgãos P/ Eq Do Hosp Dist A Busca |
| 46825010 | Cirurgia Para Retirada De Pâncreas Para Transplante |

| |
|--|
| 46826017 Hepatectomia Parcial Para Transplante - Doador Vivo |
| 46827013 Transplante De Fígado Receptor - Doador Vivo |
| 47800011 Retransplante De Coração |
| 47800089 Retransplante De Fígado |
| 47801018 Retransplante De Pulmão |
| 47810017 Intercorrência Pós Transplante |
| 62001000 Busca Ativa De Doador De Órgão |
| 62002007 Localização E Abordagem De Possível Doador De Órgãos Para Transplante |
| 62003011 Avaliação De Morte Encefálica Em Possível Doador De Órgãos - Menor De 2 Anos |
| 62004034 Avaliação De Morte Encefálica Em Possível Doador De Órgãos - Maiores De 2 Anos |
| 81001010 Exploração Diagnóstica Da Epilepsia |
| 83300112 Internação Para Administração De Medicação Específica Para Osteogenesis Imperfecta Pediatria |
| 83500146 Internação Para Administração De Medicação Específica Para Osteogenesis Imperfecta Clínica Médica |
| 85500933 Assistência Domiciliar Geriátrica Realizada Pelo Centro De Referência À Saúde Do Idoso - Curta Permanência |
| 85500941 Assistência Domiciliar Geriátrica Realizada Pelo Centro De Referência À Saúde Do Idoso - Média Permanência |
| 85500950 Assistência Domiciliar Geriátrica Realizada Pelo Centro De Referência À Saúde Do Idoso - Longa Permanência |
| 91500206 Atendimento Geriátrico Em Hospital Dia Nos Centros De Referência Em Assistência À Saúde Do Idoso - 1 Turno |
| 91500214 Atendimento Geriátrico Em Hospital Dia Nos Centros De Referência Em Assistência À Saúde Do Idoso - 2 Turnos |
| 91800013 Hospital Dia - Intercorrência Pós Transplante De Medula Óssea - Autogênico |
| 91801010 Hospital Dia - Intercorrência Pós Transplante De Medula Óssea - Alogênico aparentado |
| 91802016 Hospital Dia - Intercorrência Pós Transplante De Medula Óssea - Alogênico Não aparentado |
| 95007016 Testes Rápidos P/ Triagem De Sífilis E/Ou Hiv (Por Teste) |
| 99085011 Incentivo Ao Registro Civil De Nascimento |
| 99800551 Processamento/Preservação/Avaliação Microscópica De Córnea Para Transplante |
| 99860015 Processamento De Tecido Musculoesquelético |
| 99860023 Processamento De Tecido Musculoesquelético |
| 99860031 Processamento De Tecido Musculoesquelético |
| 99860040 Processamento De Tecido Musculoesquelético |
| 99860058 Processamento De Tecido Musculoesquelético |

ANEXO III

PROCEDIEMTNOS OPERACIONAIS PARA O CREDENCIAMENTO DE UNIDADES HOPITALARES EM ALTA COMPLEXIDADE/SES

Fase I

1. Documento do gestor municipal indicando a unidade hospitalar a ser referência em Alta Complexidade.
2. Cópia da ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde aprovando a unidade hospitalar a ser referência em Alta Complexidade.
3. Cumprimento da(s) Portaria(s) Ministerial(ais) pela unidade hospitalar solicitante, referente ao credenciamento em Alta Complexidade do Serviço solicitado, com preenchimento do Check List padrão do Ministério da Saúde (questionário), contrato de acesso/terceirizados e titulação dos profissionais.

RESPOSTA: Aprovado () Reprovado () Em trâmite ()

Fase II

4. Avaliação na SES/GEPAC do pedido de credenciamento da Unidade Hospitalar de acordo com a Política de Alta Complexidade estabelecida para o Estado nas diretrizes na NOAS/PDR.
5. Avaliação financeira de acordo com a PPI alta complexidade hospitalar (Anexo III) e extra-teto.
6. Vistoria prévia pela SES – GEPAC – Gerencia de Procedimentos em Alta Complexidade.

RESPOSTA: Aprovado () Reprovado () Em trâmite ()

Fase III

7. Encaminhamento para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite –CIB, do processo de pedido de credenciamento da Unidade Hospitalar em Alta Complexidade.

RESPOSTA: Aprovado () Reprovado () Em trâmite ()

8. Encaminhamento para avaliação e credenciamento no Ministério da Saúde do processo de pedido de credenciamento da Unidade Hospitalar em Alta Complexidade.
9. Retorno de um ofício informativo da GEPAC para a unidade hospitalar quanto aprovação no Diário Oficial – DOU e/ou reprovação do pedido de credenciamento da Unidade Hospitalar em Alta Complexidade pelo Ministério da Saúde.