

públicas de saúde para a conformação de sistemas universais, conforme evidências de comparações internacionais (Starfield, 2011; Starfield, Shi & Macinko, 2005).

A promoção da equidade em saúde implica em superação das desigualdades, com justiça social, concentrando esforços na prestação dos serviços públicos e de acesso universal para o enfrentamento das iniquidades. Assim, urge aos Estados a produção e proteção de políticas públicas que enfrentem a concentração de riquezas nacionais e globais, assim como, políticas que reparem as dívidas étnicas, sexuais, de gênero e geração históricas nos países.

Uma premissa essencial é que o financiamento da APS não pode ser desvinculado do financiamento do acesso universal à saúde e, portanto, dos sistemas universais de saúde, sob pena de ruptura de uma visão integrada e da localização, conceitual e política, errônea da APS como uma base alternativa de financiamento da cobertura universal. A interface da APS e dos sistemas universais envolve tanto uma dimensão técnica do cuidado - a resolatividade das intervenções em APS depende da organização local da APS e de sua interação regional e nacional em redes estruturadas de atenção - quanto uma dimensão política dos direitos. Uma APS estruturada com equipes multidisciplinares fortalece a atuação e a voz dos sujeitos individuais e, sobretudo coletivos, elevando o nível de conscientização da população pelos seus direitos, inclusive para aqueles não diretamente equacionados no âmbito do cuidado local. Uma estratégia bem-sucedida de APS, como a experiência brasileira recente de Estratégia da Saúde da Família, pressiona, ao mesmo tempo, o sistema de saúde como um todo para a garantia do cuidado em todos os níveis.

A atenção primária constitui, portanto, um caminho de cidadania e de direitos, cujo resultado em termos de acesso universal e do financiamento requerido somente pode ser atingido na presença de sistemas universais que se desenvolvam e que incorporem a APS como um de seus pilares estratégicos.

A APS é a base para a estruturação de um sistema universal e não sua negação ou sua substituição parcial como uma porta de entrada de restrição de acesso ou pacote mínimo.

É necessário superar uma visão burocrática do financiamento específico e focalizado da APS para uma visão que, embasada tecnicamente, aponte para a necessidade da incorporação pela sociedade e pelo Estado da saúde como direito e, portanto, para a definição política da prioridade do orçamento público para o financiamento dos sistemas universais.

Nessa direção, torna-se necessário indicar proposições para fazer frente ao contexto de limitação de direitos e de cidadania, sob a marca da cobertura universal em saúde e da visão da APS como uma iniciativa marcadamente contábil para desonerar os sistemas de saúde com o fornecimento de cestas ou pacotes de acesso de baixo custo, complexidade e tecnologia.

Uma primeira proposição é a necessidade de priorização, pelos sistemas nacionais e pelos organismos internacionais, do financiamento público à saúde, tratando-a como bem público com a consequente desmercantilização do acesso (Viana & Elias, 2007). Na experiência internacional, alguns parâmetros aparecem como piso para a possibilidade de constituição de sistemas universais, fundados em uma APS resolutive e integral: a necessidade de um financiamento público mínimo de 70% dos gastos nacionais e globais em saúde; e o piso de 7% do gasto público em saúde em relação ao PIB. Estes constituiriam uma meta factível para os países menos desenvolvidos se houver uma base de sustentação política e social (Gadelha et al, 2012).

Outra proposição é a revogação de todo e qualquer limite rígido do investimento público com a saúde, imposto nos atuais programas de ajuste fiscal/austeridade, como no caso brasileiro. Outras variáveis de despesas como as despesas financeiras e os incentivos tributários deveriam ser as variáveis de ajuste, sem incidir na garantia de cidadania e dos direitos humanos.

Para conferir uma base financeira concreta para os sistemas universais de saúde e à APS sugere-se uma diretriz de reestruturação dos sistemas tributários nacionais, no sentido de implementar sistemas tributários progressivos, cuja arrecadação seja baseada na renda (incluindo lucros e dividendos) e no patrimônio (incluindo heranças), com faixas progressivas e diferenciadas para o topo da pirâmide dos segmentos mais ricos da população (1% das pessoas possuem 50% do patrimônio global - dados "insuspeitos" do Presidente do Fórum Econômico Mundial).

Revitular a APS segundo o espírito de Alma Ata

A política de austeridade imposta, no presente, por organismos financeiros multilaterais e pelos países desenvolvidos para os países do sul global, vai muito além de uma ação para o equilíbrio das contas públicas. Na realidade, trata-se de uma proposta de redução da responsabilidade governamental na promoção da justiça social, contenção e retrocesso nos direitos e no Estado de Bem-Estar, em favor de interesses rentistas no mercado financeiro. Esta política se fortalece no setor saúde quando se defende a cobertura universal, envolvendo restrição de acesso e fornecimento de cestas de serviços que segmentam a sociedade e cristalizam desigualdades. Outro equilíbrio fiscal, com crescimento, desenvolvimento sustentável e bem-estar é possível, superando a perversa visão da austeridade que ameaça a garantia dos direitos humanos.

Em vez de cobertura universal da saúde é decisivo reafirmar a perspectiva de construção de sistemas públicos universais de saúde que, além de garantir cidadania, direito e equidade, têm potencial de mobilizar a economia e o desenvolvimento sustentável. Nessa perspectiva, a atenção primária deixa de ser um meio de limitar o acesso, como na proposta de cobertura universal; torna-se a ação mais estruturante e efetiva para a construção de sistemas universais que garantam o direito à saúde, não deixando ninguém para trás. No lugar da austeridade e da limitação do acesso e dos direitos, o Brasil propõe "desenvolvimento justo e sustentável e atenção primária à saúde abrangente no coração de sistemas públicos universais".

A revitalização da APS no espírito de Alma Ata, sem retrocessos, na perspectiva dos povos do sul global, exige, portanto, o compromisso global e o reconhecimento:

- da responsabilidade dos governos e sociedades pela garantia do direito humano fundamental, universal, à saúde e ao acesso a serviços de saúde com equidade;
- da necessidade de construção de sistemas universais de saúde como dever do Estado e responsabilidade governamental, financiados por fundos públicos e serviços prestados por instituições públicas;
- da inseparabilidade do desenvolvimento sustentável e seus pilares econômico, ambiental e social, da saúde, reconhecendo a determinação social e ambiental da saúde e a necessidade de intervir nas políticas públicas (Saúde em Todas as Políticas) para promover a saúde e a equidade;
- da responsabilidade dos governos em todos os níveis de promover a justiça social, a sustentabilidade ambiental e a superação das desigualdades sociais;
- da reorientação dos complexos produtivos da saúde para as necessidades de saúde da população e garantia do direito universal à saúde em defesa da vida;
- da necessidade de financiamento solidário, em base a sistema tributário progressivo para financiar sistemas de saúde públicos universais com justiça fiscal e equidade;
- da prioridade para o orçamento governamental para a saúde e para a seguridade social: saúde é investimento, e não gasto;
- da APS como o coração de sistemas públicos de saúde universais, integrais e de qualidade;
- da APS como coordenadora de um processo contínuo de atenção integral em uma rede de serviços regionalizada e territorializada;
- da APS como elemento fundamental ao nível local para governança das políticas públicas e da dinamização social e econômica;
- da participação social como poder compartilhado na construção de sistemas de saúde e de sociedades democráticas.

Saúde não é mercadoria: pela não comercialização, mercantilização e privatização da saúde.

Sistemas públicos universais de saúde ancorados na APS integral, indissociáveis do desenvolvimento sustentável, em sociedades democráticas, materializam o caminho mais efetivo, equitativo e eficiente para garantia do direito humano universal ao acesso a serviços de saúde e à saúde, superando as desigualdades sociais.

REFERÊNCIAS

- Aquino R. Oliveira NF Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health* 2009; 99(1):87-93.
- Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public health care systems in low and middle-income countries: a systematic review. *Plos Medicine* 2012; 9(6):1-14.
- Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. *Plos Medicine* 2011; 8(4):1-10.
- Birn AE. Back to Alma Ata, from 1978 to 2018 and beyond. *AJPH Perspectives. American Journal of Public Health* 2018; 108(9):1153-5.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Título 8. Da ordem Social Brasília: Congresso Nacional; 1988.
- CNS - Conselho Nacional de Saúde. Posicionamento da Câmara Técnica de Atenção Básica, do Conselho Nacional de Saúde, sobre a Conferência de Astana. Brasília: CNS, 2018. Disponível em: <http://www.susconnecta.org.br/cns-participara-de-conferencia-global-sobre-atencao-primaria-a-saude-no-cazaquistao/> acesso em 20 set 2018.
- Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health* 2004; 94(11): 1867-74.
- Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *Lancet* Vol 377 May 21, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60318-8
- Fleury SM. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. *Cad. Saúde Pública* 1985; 1(4), 400-417.
- Gadelha CAG, Temporão JG. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(6):1891-1902.
- Gadelha CAG, Maldonado J, Vargas M, Barbosa PR, Silveira CL. A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
- Giovannella L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2018; 23(6): 1763-1776.
- Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *Journal of Ambulatory Care Management*. 2009; 32(2): 115-122.
- Knaul FM et al. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Salud Pública de México* 2011;53 Suppl 2: s85-95.
- Kringos DS et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC HSR*. 2010; 10(1):65-78.
- Laurell AEC. Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2668. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1074.2668>.
- Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations among Adults in Brazil, 1999-2007. *American Journal of Public Health*, 2011; 101(10): 1963-70.
- Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(5):847-849.
- Nogueira ML. O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2017. 541f. Disponível em: http://www.bdtu.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=12212 Acesso em: 14 de agosto de 2018.
- Odendaal WA, Ward K, Uro-Chuckwu H, Chitama D, Balakrishna Y, Kreda T. Contracting out to improve the use of clinical health services and health outcomes in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018. Issue 4; 2018.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal. Relatório Mundial da Saúde 2010. Genebra: OMS; 2010.
- OPAS. CD53/5, Rev. 2 Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 53ª. Conselho Diretor. 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2014.
- Rasella D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*, London, v. 348, g4014, 2014.
- Rockefeller Foundation. Future health markets: a meeting statement from Bellagio. Bellagio: Rockefeller Foundation, 2012.
- Schneider EC, Sarnak DO, Squires D, Shah A, Doty MM. *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care*. New York: The Commonwealth Fund; 2017.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502.
- Starfield B. Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? *J Epidemiol Community Health*. 2011; 65:653e655. doi:10.1136/jech.2009.102780.
- Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública* 1997; 2(13):325-330.
- Viana ALD, Elias PEM. Saúde e desenvolvimento. *Cien Saude Colet* 2007; 12(3):1765-1778.
- Wagstaff A. Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems-Evidence from the OECD. The World Bank. Development Research Group. 2009.
- WB-World Bank. World Development Report 1993. Investing in Health. New York: Oxford University Press; 1993.
- WHO, WB - World Health Organization, World Bank (WHO, WB). Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. WHO and WB; 2017.
- WHO. WHA Resolution 58.33 Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Geneva, 2005. Disponível em: <https://goo.gl/R1R86c>
- WHO. WHA Resolution 64.9 Sustainable health financing structures and universal coverage. Geneva, 2011. Disponível em: <https://goo.gl/JnZDrs>
- WHO. Global Conference on Primary Health Care. <http://www.who.int/primary-health/conference-phc>. Acesso em 7 de setembro 2018.
- WHO/UNICEF. Astana declaration on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals, Disponível em: http://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT_declaration_on_Primary_Health_Care_28_June_2018.pdf acesso em Agosto 2018.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 7 DE JANEIRO DE 2019

Approva as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas de Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário.

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE e a SECRETÁRIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS - Substituta, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de se atualizarem parâmetros sobre a neoplasia maligna epitelial de ovário no Brasil e de diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença;

Considerando que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

Considerando o Registro de Deliberação nº 389/2018 e o Relatório de Recomendação nº 401 - Novembro de 2018 da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a atualização da busca e avaliação da literatura; e



Considerando a avaliação técnica do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE/MS), do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) e do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS), resolvem:

Art. 1º Ficam aprovadas as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas - Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário.

Parágrafo único. As Diretrizes objeto deste artigo, que contêm o conceito geral de neoplasia maligna epitelial de ovário, critérios de diagnóstico, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, disponíveis no sítio <http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>, são de caráter nacional e devem ser utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º É obrigatória a identificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso de procedimento ou medicamento preconizados para o tratamento de neoplasia maligna epitelial de ovário.

Art. 3º Os gestores Estaduais, Distrital e Municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com essa doença em todas as etapas descritas no Anexo desta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada a Portaria nº 458/SAS/MS, de 21 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União nº 98, de 22 de maio de 2012, seção 1, páginas 99 a 102.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO
Secretário de Atenção à Saúde

VANIA CRISTINA CANUTO SANTOS
Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

PORTARIA CONJUNTA Nº 2, DE 7 DE JANEIRO DE 2019

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Acromegalia.

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE e a SECRETÁRIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS - Substituta, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de se atualizarem parâmetros sobre a acromegalia no Brasil e diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença;

Considerando que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

Considerando o Registro de Deliberação Nº 403/2018 e o Relatório de Recomendação nº 414 - Dezembro de 2018 da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a atualização da busca e avaliação da literatura; e

Considerando a avaliação técnica do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE/MS), do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) e do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS), resolvem:

Art. 1º Fica aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Acromegalia.

Parágrafo único. O Protocolo objeto deste artigo, que contém o conceito geral da acromegalia, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, disponível no sítio <http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º É obrigatória a identificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso de procedimento ou medicamento preconizados para o tratamento da acromegalia.

Art. 3º Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com essa doença em todas as etapas descritas no Anexo desta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada a Portaria nº 199/SAS/MS, de 25 de fevereiro de 2013, publicada no Diário Oficial da União nº 39, de 27 de fevereiro de 2013, seção 1, páginas 113 a 116.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO
Secretário de Atenção à Saúde

VANIA CRISTINA CANUTO SANTOS
Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

PORTARIA CONJUNTA Nº 3, DE 7 DE JANEIRO DE 2019

Aprova as Diretrizes Brasileiras para Utilização de Endoprótese em Aorta Torácica Descendente.

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE e a SECRETÁRIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS - Substituta, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de se estabelecerem parâmetros sobre o tratamento de aneurisma da aorta torácica descendente e diretrizes nacionais para a sua indicação e acompanhamento dos indivíduos a ele submetidos;

Considerando que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

Considerando o Registro de Deliberação nº 398/2018 e o Relatório de Recomendação nº 410 - Dezembro de 2018, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a busca e avaliação da literatura; e

Considerando a avaliação técnica do Instituto Nacional de Cardiologia (INC/SAS/MS), do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias no SUS (DGITS/SCTIE/MS) e do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS), resolvem:

Art. 1º Ficam aprovadas, na forma do Anexo, as "Diretrizes Brasileiras para Utilização de Endoprótese em Aorta Torácica Descendente".

Parágrafo único. As diretrizes objeto deste artigo, que contêm as recomendações para o tratamento de aneurisma da aorta torácica descendente, disponíveis no sítio <http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>, são de caráter nacional e devem ser utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º É obrigatória a identificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao tratamento de aneurisma da aorta torácica descendente.

Art. 3º Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos doentes em todas as etapas descritas no Anexo desta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO
Secretário de Atenção à Saúde

VANIA CRISTINA CANUTO SANTOS
Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

PORTARIA CONJUNTA Nº 4, DE 10 DE JANEIRO DE 2019

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria.

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE e a SECRETÁRIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS - Substituta, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de se atualizarem parâmetros sobre a imunossupressão no transplante hepático em pediatria no Brasil e diretrizes nacionais para as indicações, prescrições e acompanhamento dos indivíduos com esta condição;

Considerando que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

Considerando o Registro de Deliberação Nº 404/2018 e o Relatório de Recomendação nº 415 - Dezembro de 2018 da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a atualização da busca e avaliação da literatura; e

Considerando a avaliação técnica do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE/MS), do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) e do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS), resolvem:

Art. 1º Fica aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Imunossupressão no Transplante Hepático em Pediatria.

Parágrafo único. O Protocolo objeto deste artigo, que contém o conceito geral de imunossupressão no transplante hepático em pediatria, indicações, critérios de inclusão, prescrições e mecanismos de regulação, controle e avaliação, disponível no sítio <http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º É obrigatória a identificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso de procedimento ou medicamento preconizados para a imunossupressão no transplante hepático em pediatria.

Art. 3º Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com essa condição em todas as etapas descritas no Anexo desta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada a Portaria nº 1.322/SAS/MS, de 25 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União nº 230, de 27 de novembro de 2013, seção 1, páginas 150 A 153.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO
Secretário de Atenção à Saúde

VANIA CRISTINA CANUTO SANTOS
Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

PORTARIA Nº 20, DE 9 DE JANEIRO DE 2019

Defere a Renovação do CEBAS, da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Nova Granada, com sede em Nova Granada (SP).

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, Considerando a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 e suas alterações, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulamentada pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014;

Considerando a Portaria nº 2.500/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 2/2019-CGCR/DCEBAS/SAS/MS, constante do Processo nº 25000.212299/2018-10, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes da Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009, suas alterações e demais legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Nova Granada, CNPJ nº 53.150.298/0001-82, com sede em Nova Granada (SP).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 1º de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2021.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

PORTARIA Nº 21, DE 9 DE JANEIRO DE 2019

Habilita a Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte/MG para realizar Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia.

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, Considerando a Portaria nº 210/SAS/MS, de 15 de junho de 2004, que define as Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e dá outras providências

Considerando o anexo XXXI - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a manifestação da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, por meio dos Ofícios SUBPAS nº 111/2018, de 10 de setembro de 2018 e CAO/DRMACS/SSAS/SMSA/SUS- BH/EXTER nº 252/2018 de 13 de novembro de 2018, pactuação da CIRA nº 423 de 15 de junho de 2018 e homologada na 244ª reunião ordinária da CIB-SUS/MG em 22 de agosto de 2018; e

Considerando a avaliação da Coordenação-Geral da Atenção Especializada do Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGAE/DAET/SAS/MS), resolve:

Art. 1º Fica habilitado o estabelecimento de saúde a seguir para realizar Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia:

Hospital/Município/UF	CNES	CNPJ
Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte/MG	0027014	17.209.891/0001-93
Laboratório de Eletrofisiologia (cód. 08.07)		

Art. 2º Para custeio dessa habilitação não será necessária alocação de recurso pelo Ministério da Saúde, o recurso que será utilizado será disponibilizado na PPI Programação Pactuada Integrada.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

