



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

PORTARIA CONJUNTA SAS SVS Nº 01, DE 20 JANEIRO DE 2009.

O Secretário de Atenção à Saúde e o Secretário de Vigilância em Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006;

Considerando a Portaria nº 598/GM, de 23, de março de 2006, que define que os processos administrativos relativos à Gestão do Sistema Único de Saúde - SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite;

Considerando a Portaria nº 2.582/GM, de 2 de dezembro de 2004, que inclui na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS as cirurgias reparadoras para pacientes portadores de HIV/AIDS e usuários com acesso à terapia antirretroviral;

Considerando que a Síndrome Lipodistrófica é um conjunto de sinais e sintomas que acomete às pessoas que vivem com HIV e Aids, caracterizando-se por um quadro complexo, composto por alterações metabólicas e anatômicas; sendo as primeiras tratadas ambulatorialmente nos Serviços de Assistência Especializada e na rede de referência, e as segundas, objeto desta portaria, tratadas através de cirurgias reparadoras;

Considerando a necessidade de conceituar as Unidades de Assistência em Alta Complexidade no Tratamento da Lipodistrofia associadas ou não do uso de medicamentos antirretrovirais, bem como a de especificar os seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções;

Considerando a necessidade de subsidiar tecnicamente a realização dos procedimentos para Tratamento Reparador da Lipodistrofia e estabelecer critérios e rotinas para credenciamento de unidades de saúde no atendimento do portador de HIV/AIDS, por meio de procedimentos considerados de alta complexidade;

Considerando a necessidade de estabelecer um sistema de fluxo de referência e contra-referência no âmbito do Sistema Único de Saúde, e

Considerando a necessidade de auxiliar os gestores no controle e avaliação da Assistência de Alta Complexidade no Tratamento da Lipodistrofia do portador de HIV/AIDS, resolve:

Art. 1º - Definir a Unidade de Assistência em Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia do Portador de HIV/AIDS aquela que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos capacitados a prestarem assistência especializada aos portadores de lipodistrofia associada ao HIV/AIDS.

§1º - O Tratamento Reparador da Lipodistrofia está dividido em duas classificações para efeitos desta Portaria: (a) tratamento reparador da lipodistrofia, que compreende os procedimentos indicados para o tratamento cirúrgico reparador da lipohipertrofia da região do abdome, região mamária, dorso-cervical (giba), submandibular e para o tratamento cirúrgico reparador da lipoatrofia de glúteos e região perianal e da lipoatrofia facial; e (b) tratamento reparador da

lipoatrofia facial, que compreende somente o preenchimento com polimetilmetacrilato (PMMA) na perda dos coxins gordurosos da face. Esta diferenciação se dá por questão operacional, conforme artigo 2º, da Portaria SAS/MS nº 04, de 20 de janeiro de 2009.

§2º - Para fins de credenciamento/habilitação, para o Tratamento Reparador da Lipodistrofia do portador de HIV/AIDS a unidade de saúde deverá oferecer, obrigatoriamente:

- a) Hospital de referência para a Rede de Assistência Especializada em DST/HIV/AIDS;
- b) Serviço de Cirurgia Plástica Reparadora;
- c) Acompanhamento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico do paciente;
- d) Capacidade técnica para execução dos procedimentos constantes do Anexo I desta Portaria.

Os estabelecimentos de saúde deverão estar cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, como Hospital Geral ou Hospital Especializado.

§3º - Para fins de credenciamento/habilitação para o Tratamento Reparador da Lipoatrofia Facial do portador de HIV/AIDS a unidade de saúde deverá oferecer, obrigatoriamente:

- a) Serviço de Assistência Especializada em DST/HIV/AIDS ou Serviço de Referência para a Rede de Assistência Especializada em DST/HIV/AIDS,
- b) Serviço de Dermatologia ou Cirurgia Plástica Reparadora;
- c) Acompanhamento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico do paciente.

Os estabelecimentos de saúde deverão estar cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, como Ambulatório Especializado.

Art. 2º - Definir que a regulação da Rede de Assistência em Alta Complexidade no Tratamento da Lipodistrofia do portador de HIV/AIDS será exercida pelos Gestores Municipal ou Estadual de Saúde, respeitando os níveis de gestão, com apoio técnico do Programa Nacional de DST/HIV/AIDS da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, do Ministério da Saúde.

Art. 3º - Determinar que, na definição dos quantitativos e na distribuição geográfica das Unidades de Assistência de Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia e da Lipoatrofia Facial do portador de HIV/AIDS, os gestores do Sistema Único de Saúde utilizem os parâmetros definidos pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, conforme Anexo III desta Portaria e os critérios abaixo:

- I. população a ser atendida;
- II. necessidade de cobertura assistencial;
- III. mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência;
- IV. capacidade técnica e operacional dos serviços;
- V. integração com a rede de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência, com os serviços de atendimento pré-hospitalar, com a Central de Regulação (quando houver) e com os demais serviços assistenciais - ambulatoriais e hospitalares - disponíveis no Estado.

Art. 4º - Determinar que as Secretarias de Estado de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde estabeleçam os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contra-referência dos pacientes e adotem as providências necessárias para que haja a articulação assistencial preconizada.

Art. 5º – Definir que as unidades contratadas/conveniadas pelo SUS para executar Procedimentos para o Tratamento Reparador da Lipodistrofia e Lipoatrofia Facial do portador de HIV/AIDS deverão submeter-se à regulação, controle, avaliação e auditoria do gestor estadual e municipal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão.

Parágrafo único. Os procedimentos de alta complexidade, discriminados na Portaria SAS/MS nº 04, de 20 de janeiro de 2009, deverão ser submetidos à autorização prévia pelo gestor local correspondente.

Art. 6º - Aprovar, na forma de Anexos desta Portaria, o que segue:

Anexo I: “Diretrizes de Indicação para Tratamento da Lipodistrofia do portador de HIV/AIDS”;

Anexo II: “Normas de Classificação e Credenciamento/Habilitação de Unidades de Assistência em Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia e Lipoatrofia Facial do portador de HIV/AIDS”;

Anexo III: “Quantitativo de Unidades de Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia e Lipoatrofia Facial do portador de HIV/AIDS”;

Anexo IV: “Formulário para Vistoria do Gestor”. Contendo o Anexo IV A: “Normas de Credenciamento/Habilitação de Unidades de Assistência de Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia do Portador de HIV/Aids” e o Anexo IV B: “Normas de Credenciamento/Habilitação de Unidades de Assistência de Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipoatrofia Facial do Portador de HIV/AIDS”.

Anexo V: “Formulário de Referência e Contra-Referência para Lipodistrofia”.

Art. 7º – Estabelecer, conforme consta do Anexo II, que os processos de solicitação de credenciamento/habilitação dos estabelecimentos de saúde para realização do Tratamento Reparador da Lipodistrofia e Lipoatrofia Facial do Portador de HIV/Aids, devem ser aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite/CIB e encaminhados ao Programa Nacional DST/AIDS, da Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS que dará o parecer técnico subsidiando a avaliação, adotando, se favorável, as medidas necessárias para a habilitação junto a Coordenação-Geral de Alta Complexidade do Departamento de Atenção Especializada – CGAC/DAE/SAS.

Parágrafo único. Para fins de habilitação, serão considerados, preferencialmente, os Hospitais Universitários e de Ensino, certificados de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.400, de 2 de outubro de 2007, com processo de contratualização concluído.

Art. 8º - Estabelecer que a Habilitação das Unidades para o Tratamento Reparador da Lipodistrofia e Lipoatrofia Facial do Portador de HIV/AIDS somente serão realizados nos limites orçamentários previstos para o exercício financeiro pelo Ministério da Saúde.

Art. 9º - Determinar a criação, pela Secretaria de Atenção à Saúde e pela Secretaria de Vigilância à Saúde, de uma Câmara Técnica específica para o acompanhamento permanente das ações relativas ao Tratamento Reparador das Lipodistrofias do portador de HIV/AIDS.

Art. 10 - Determinar que as Unidades para o Tratamento Reparador da Lipodistrofia e Lipoatrofia Facial do Portador de HIV/AIDS habilitadas conforme a Portaria Conjunta SAS/SVS nº 02 de 27 de março de 2007 não necessitarão se readequar às normas estabelecidas pela presente Portaria.

Art. 11 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria SAS/SVS nº 02, de 27 de março de 2007.

ALBERTO BELTRAME
Secretário de Atenção à Saúde

GERSON OLIVEIRA PENNA
Secretário de Vigilância em Saúde

ANEXO I

DIRETRIZES DE INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO DA LIPODISTROFIA EM PORTADORES HIV/AIDS

O Brasil implantou a política de acesso universal aos medicamentos antirretrovirais em 1996. Desde então, o Ministério da Saúde disponibiliza os remédios gratuitamente no SUS, para todas as pessoas que vivem com AIDS no país. A Terapia Antirretroviral (TARV) é um tratamento relativamente recente e o conhecimento a cerca dos efeitos adversos decorrentes do uso contínuo destes medicamentos vem crescendo ao longo do tempo.

Apesar das alterações anatômicas, lipodistróficas, relacionadas ao uso dos antirretrovirais já terem sido descritas há cerca de uma década e já ter sido comprovado o grande impacto físico e emocional que resultam em estigmatização, comprometimento da qualidade de vida e ameaça a adesão ao tratamento, não há ainda ensaios clínicos randomizados que possam subsidiar a classificação destes procedimentos na Classe I (definida como a existência de consenso quanto à indicação do tratamento, baseado a partir de evidências científicas).

Desse modo, esta proposta foi baseada na experiência desenvolvida por especialistas brasileiros no acompanhamento de pacientes em terapia antirretroviral ao longo dos últimos quinze anos.

Classe II: Há controvérsia quanto à indicação dos tratamentos cirúrgicos para lipodistrofia associada à infecção pelo HIV/Aids. Serão considerados critérios de indicação para os procedimentos desta portaria, todas as condições abaixo:

1. Paciente com diagnóstico de HIV/Aids e lipodistrofia decorrente do uso de antirretroviral e;
2. Pacientes submetidos à terapia antirretroviral por pelo menos 12 meses e;
3. Pacientes que não responderam ou não podem ser submetidos à mudança da TARV e;
4. Pacientes clinicamente estáveis, ou seja, aqueles sem manifestações clínicas sugestivas de imunodeficiência nos últimos seis meses e;
5. Resultados clínico-laboratoriais:
 - a) CD4 > 200 cels/mm³ (exceto para lipoatrofia facial)
 - b) Carga Viral < 10.000 cópias/ml e estável nos últimos 6 meses (ou seja, sem variação de 0,5 log entre duas contagens)
 - c) Parâmetros clínico-laboratoriais que preencham os critérios necessários e suficientes de segurança para qualquer procedimento cirúrgico.

Classe III: Há consenso quanto à falta de indicação ou contra-indicação dos tratamentos cirúrgicos para lipodistrofia associada à infecção pelo HIV/Aids nas condições abaixo:

1. Qualquer condição clínica ou co-morbidade descompensada nos últimos seis meses que confira aumento de risco ao procedimento.
2. Qualquer tratamento concomitante com anti-coagulantes, imunomoduladores, imunossupressores e/ou quimioterápicos .

DEFINIÇÕES ESPECÍFICAS PARA TRATAMENTO DA LIPODISTROFIA EM PORTADOR DO HIV/AIDS EM SUAS VÁRIAS FORMAS DE APRESENTAÇÃO

A - Tratamento cirúrgico da região dorso cervical (Giba) e submandibular, por lipoaspiração:

Definição: presença de massa visível, palpável e circunscrita, estigmatizante, com ou sem limitação dos movimentos do pescoço.

B - Tratamento cirúrgico da parede abdominal anterior e/ou dorso, por lipoaspiração:

Definição: presença de massa visível, palpável e circunscrita no abdome e/ou dorso.

- IMC (Índice de Massa Corpórea) < 25

- Exame complementar: Ultra-sonografia de abdome e/ou tomografia computadorizada de abdome a critério do cirurgião

C - Tratamento cirúrgico da hipertrofia mamária:

Definição: pacientes com aumento significativo do volume mamário por tecido adiposo, que à mamografia apresentem ausência de nódulos, calcificações e/ou outros achados radiológicos que indiquem patologia mamária.

- Exames necessários: Mamografia, complementada com ultra-sonografia mamária, quando indicado.

D - Tratamento cirúrgico da ginecomastia ou pseudoginecomastia:

Definição: pacientes apresentando aumento acentuado do volume mamário à custa de tecido adiposo e que ao ultra-som não apresente aumento das glândulas mamárias e/ou outros achados ultra-sonográficos que contra-indiquem o procedimento.

- Exame necessário: Ultra-sonografia mamária

E - Tratamento cirúrgico da lipoatrofia glútea pela técnica de lipoenxertia:

Definição: Perda de volume glúteo e/ou exposição perianal decorrente de lipodistrofia, causando atrofia grave, estigmatizante, não responsiva a outras condutas terapêuticas prévias, tais como mudança da terapia antirretroviral, exercícios físicos, dietoterapia. Fica indicada a utilização de lipoenxertia para os casos em que haja áreas doadoras de depósitos de gordura.

F - Tratamento cirúrgico da lipoatrofia glútea por meio do implante de prótese associado ou não a lipoenxertia ou polimetilmetacrilato (PMMA):

Definição: Perda de volume glúteo e/ou exposição perianal decorrente de lipodistrofia, causando atrofia grave, estigmatizante, não responsiva a outras condutas terapêuticas prévias, tais como mudança da terapia antirretroviral, exercícios físicos, dietoterapia.

Fica indicada a utilização de prótese glútea apenas para os casos em que outras modalidades terapêuticas não foram satisfatórias e para os quais a lipoenxertia e/ou PMMA poderão ser realizados de forma complementar.

G - Tratamento cirúrgico da lipoatrofia facial por meio de lipoenxertia:

Definição: Perda dos coxins gordurosos da face e acentuação do sulco naso-geniano e outras pregas faciais associadas, não relacionados ao envelhecimento.

H - Tratamento cirúrgico da lipoatrofia facial por meio de preenchimento facial com polimetilmetaacrilato (PMMA):

Definição: A lipoatrofia facial será definida como uma redução dos coxins gordurosos nas seguintes regiões da face, malar, temporal e pré-auricular.

Considerando que a lipoatrofia facial decorrente da Aids tem características muito semelhantes as do envelhecimento foi necessário estabelecer um padrão de restauração, baseado em critérios técnicos, tendo a perda de gordura na face sido quantificada a partir do Índice de Lipoatrofia Facial - ILA. Este

índice tem por objetivo quantificar o grau de atrofia e a melhora do paciente com o tratamento. Consiste na avaliação da gravidade da área acometida e sua extensão, nas três regiões da face a serem tratadas. É atribuído um valor para o grau de gravidade e extensão, que será multiplicado por um fator de correção. O preenchimento será indicado quando o resultado do ILA do paciente for igual ou superior a 6. As recomendações técnicas estão descritas no Manual de Tratamento da Lipoatrofia Facial em portadores do HIV e Aids, disponível no site www.aids.gov.br/tratamento/lipodistrofia

FLUXO DE ATENDIMENTO

1ª Fase:

- I. Médico assistente faz a avaliação clínico-laboratorial e solicita o procedimento através do “Formulário de Referência e Contra-Referência para Lipodistrofia” (anexo V);
- II. Encaminha o paciente para o cirurgião plástico/dermatologista;
- III. Se houver indicação e condições cirúrgicas o cirurgião plástico/dermatologista solicita o procedimento através de Laudo de APAC ou de AIH;
- IV. Após autorização do procedimento, através de APAC ou de AIH, o paciente retorna ao cirurgião plástico/dermatologista para agendamento do procedimento.
- V. Nos casos não autorizados, estes pacientes retornam para o médico assistente que anexa o “Formulário de Referência e Contra-Referência para Lipodistrofia” ao prontuário do mesmo.

2ª Fase:

- I. Quando o procedimento não for autorizado, a 1ª. via do “Formulário de Referência e Contra-Referência para Lipodistrofia” deverá ser devolvida para o prontuário da instituição onde o paciente faz o acompanhamento clínico.
- II. Quando o procedimento for autorizado, a 1ª. via do “Formulário de Referência e Contra-Referência para Lipodistrofia” deverá ficar no prontuário da instituição onde o procedimento cirúrgico foi realizado.
- III. A 2ª via deverá ficar sempre com o autorizador para fins de gestão e controle do Ministério da Saúde.

ANEXO II

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DE UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE NO TRATAMENTO REPARADOR DA LIPODISTROFIA E LIPOATROFIA FACIAL DO PORTADOR DE HIV/AIDS

1 – NORMAS GERAIS DE CREDENCIAMENTO/ HABILITAÇÃO

1.1. - Planejamento/Distribuição das Unidades

1.1.1 - As Secretarias de Estado da Saúde deverão estabelecer o planejamento regional e hierarquizado para formar uma Rede Estadual e/ou Regional das Unidades de Assistência em Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia e Lipoatrofia Facial do portador de HIV/AIDS.

1.2. - Processo de Credenciamento

Entende-se por credenciamento para Unidades de Assistência em Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia e Lipoatrofia Facial do portador de HIV/AIDS, a autorização obtida pela unidade de saúde para realizar os procedimentos definidos como de alta complexidade, conforme o artigo 2º da Portaria SAS /MS nº 01, de 14 de janeiro de 2009. As exigências relativas aos serviços estão contidas a seguir:

1.2.1 O processo de credenciamento de Unidade de Assistência em Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia e Lipoatrofia Facial do Portador do HIV/AIDS deverá ser realizado pelo Gestor do SUS, observando o Plano Diretor de Regionalização das Secretarias de Estado da Saúde onde devem ser estabelecidos os fluxos assistenciais.

1.2.2. O Gestor do SUS tendo concluída a análise de planejamento da rede de assistência de alta complexidade no tratamento reparador da lipodistrofia (estimativa de necessidade em base populacional e distribuição geográfica), e uma vez, que atendidos a necessidade e os critérios estratégicos para o credenciamento de serviços, conforme preconizado nesta Portaria e seus Anexos dará início ao processo de credenciamento; a ausência desta avaliação ou da aprovação por parte do respectivo Gestor do SUS impede a sequência do processo.

1.2.3. O processo de credenciamento deverá ser formalizado pela Secretaria de Estado/Municipal de Saúde, de acordo com as responsabilidades da gestão, e ser instruído com:

- a) Documento de Solicitação/Aceitação de Credenciamento assinado pelo responsável pela unidade de saúde;
- b) Formulários de Vistoria preenchidos, datado e assinado pelo auditor do setor de regulação e avaliação das Secretarias Estaduais / Municipal de Saúde ou pelo Gestor de Saúde;
- c) Relatório de vistoria realizada “in loco” pela Vigilância Sanitária, com a avaliação das condições de funcionamento da Unidade;
- d) Documentação comprobatória do cumprimento das exigências para credenciamento estabelecidas por este Anexo (titulação dos profissionais, alvará de funcionamento, formulário de vistoria e parecer conclusivo do gestor);
- e) Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS – manifestação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, aprovando o credenciamento da unidade de saúde.

1.2.4 A Secretaria de Estado da Saúde encaminhará o formulário de vistoria (Anexo IV – A ou B) devidamente preenchido, datado e assinado pelo auditor do setor de regulação e avaliação das Secretarias Estaduais / Municipal de Saúde ou pelo Gestor de Saúde, junto com o parecer conclusivo do

respectivo gestor e a manifestação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB ao Programa Nacional DST/AIDS, da Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS.

1.2.5 O Programa Nacional DST/AIDS, da Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS analisará a documentação encaminhada pela Secretaria de Estado da Saúde. Se favorável, encaminhará à Coordenação Geral de Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde para a publicação da habilitação.

1.3. - Registro das informações do paciente

A Unidade deve possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

Informações indispensáveis e mínimas do prontuário:

- a) Identificação do paciente;
- b) Histórico clínico;
- c) Avaliação inicial – de acordo com o protocolo estabelecido;
- d) Indicação do procedimento cirúrgico;
- e) Descrição do ato cirúrgico ou procedimento, em ficha específica contendo:
 - identificação da equipe
 - descrição cirúrgica, incluindo os materiais usados e seus respectivos registros nacionais.
- f) Descrição da evolução;
- g) Condições ou sumário da alta hospitalar, exceto para o Tratamento da Lipoatrofia Facial;
- h) Ficha de registro de infecção hospitalar;
- i) Evolução ambulatorial.

1.4. - Estrutura Assistencial

As Unidades de Assistência em Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia e Lipoatrofia Facial do portador de HIV/AIDS poderão oferecer assistência especializada e integral aos portadores de HIV/AIDS ou ser referência para a rede assistencial, atuando nas modalidades assistenciais descritas abaixo, conforme as diretrizes do gestor estadual e/ou municipal, que constitui exigência para o credenciamento.

- a) Adesão aos critérios da Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde;
- b) Diagnóstico e Tratamento do portador do HIV/Aids, incluindo:
 - atendimento de urgência referida em tratamento do portador de HIV/ AIDS, que funcione nas 24 horas;
 - internação hospitalar com leitos e salas de cirurgia com reserva programada, destinados às cirurgias eletivas;
 - disponibilidade de salas para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório.
- c) Disponibilizar reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos, que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, atuando no preparo pré-operatório ou como complemento pós-cirúrgico no sentido da restituição da capacidade funcional.

1.5. - Instalações Físicas

O estabelecimento deverá possuir Alvará de Funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que venham a substituir ou a complementar, a saber:

- a) RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais

de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

b) RDC nº 306 de 06 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde.

1.6. - Referência de pacientes e intercâmbio técnico científico

Os hospitais deverão integrar o sistema de referência e contra-referência hierarquizado pelas secretarias de saúde, e participar dos programas de intercâmbio técnico científicos.

1.7. - Manutenção do credenciamento

A manutenção da habilitação estará condicionada:

a) ao cumprimento continuado, pela Unidade de Saúde, das normas estabelecidas nesta Portaria;

b) à avaliação por meio da realização de auditorias periódicas ou recomendadas pela SAS, executadas pela Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja o estabelecimento. Os relatórios gerados, incluindo avaliações anuais, qualitativas e quantitativas dos serviços produzidos, deverão ser encaminhados a Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e Aids para análise;

c) a Secretaria de Atenção à Saúde/MS, por meio da Coordenação Geral de Alta Complexidade e a Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e Aids determinarão o descredenciamento ou a manutenção da habilitação/credenciamento, amparadas no cumprimento das normas estabelecidas nesta portaria, nos relatórios periódicos de avaliação enviados pelo Gestor.

2 – NORMAS ESPECÍFICAS

2.1. Para Tratamento Reparador da Lipoatrofia Facial

2.1.1 - Recursos Humanos

a) A Unidade de Assistência em Alta Complexidade para o Tratamento Reparador da Lipoatrofia Facial do Portador do HIV/AIDS deve contar com um responsável técnico, médico com Título de Especialista em Dermatologia ou Cirurgia Plástica, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia ou Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ou com certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC);

b) O médico responsável técnico pelo serviço somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir e ser domiciliado no mesmo município ou cidades circunvizinhas. Poderá, entretanto, atuar como profissional em outro serviço credenciado pelo SUS;

2.1.2 - Exigências para a Unidade de Assistência

2.1.2.1 - Equipe de Saúde:

a) Dermatologista: um médico com Título de Especialista em Dermatologia, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia ou com certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC);
OU

b) Cirurgião Plástico: um médico com Título de Especialista em Cirurgia Plástica, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ou com certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC); e

c) Enfermagem: a equipe deve contar com um enfermeiro coordenador, inscrito no Conselho Regional de Enfermagem do Estado e ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento.

2.1.2.2. - Materiais e Equipamentos

A Unidade deve dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes e possibilitar a realização do procedimento de preenchimento facial com polimetilmetacrilato (PMMA).

Para tal, a Unidade deve dispor de sala para a realização dos procedimentos, contando necessariamente com as seguintes especificações: ambiente específico, com iluminação artificial especial no campo de trabalho (foco de luz móvel), lavatório exclusivo para uso da equipe de assistência, mesa auxiliar de mayo ou carrinho auxiliar, mesa ou maca com encosto reclinável (apoiando a cabeça) ou cadeira de dermatologia, estética ou odontológica, recipientes de acondicionamento de resíduos de acordo com a classificação dos resíduos gerados no ambiente (recipiente com pedal para acondicionamento dos resíduos do Grupo A e recipiente rígido para acondicionamento de resíduos pérfuro-cortantes). As especificações do ambiente devem estar de acordo com as exigências técnicas definidas na RDC Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. (Atribuição 1: prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia – Atividade 1.8: realizar procedimentos médicos e odontológicos de pequeno porte, sob anestesia local (punções, biópsias, preenchimentos, etc.).

2.1.2.3 - Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

A Unidade deve possuir rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo Responsável Técnico pela Unidade. As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplar os seguintes itens:

- a) Programa de manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;
- b) Avaliação dos pacientes e indicação do procedimento ambulatorial conforme Anexo I – “Diretrizes de Indicação para Tratamento da Lipodistrofia do portador de HIV/AIDS”;
- c) Controle de Infecção Hospitalar;
- e) Acompanhamento ambulatorial durante o tratamento;
- f) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os atos médicos.

2.1.2.4 - Produção do serviço

A Unidade de Assistência de Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipoatrofia Facial do Portador do HIV/AIDS deverá formalizar através de Termo de Compromisso, com o gestor, o quantitativo de procedimentos a serem realizados anualmente. Estas Unidades serão avaliadas a cada 12 meses, por meio de auditoria, para definição da continuidade do credenciamento.

2.2 – Para o Tratamento Reparador da Lipodistrofia

2.2.1 - Recursos Humanos

a) A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia no Tratamento Reparador da Lipodistrofia do Portador do HIV/AIDS deve contar com um responsável técnico, médico com Título de Especialista em Cirurgia Plástica, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ou com certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC);

b) O médico responsável técnico pela unidade somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde, devendo residir e ser domiciliado no mesmo município ou cidades circunvizinhas. Poderá, entretanto, atuar como profissional em outro serviço credenciado pelo SUS;

2.2.2 - Exigências para a Unidade de Assistência

2.2.2.1 - Equipe de Saúde:

a) Cirurgião Plástico: médico com Título de Especialista em Cirurgia Plástica, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ou com certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC);

b) Dermatologista: médico com Título de Especialista em Dermatologia, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia ou com certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC);

c) Médico Intensivista: médico com Título de Especialista em Medicina Intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira ou Certificado de Residência Médica em Medicina Intensiva, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC, para atendimento diário, em regime de plantão, desde que sejam mantidos os percentuais de Médicos Intensivistas recomendados pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, conforme a portaria número 332/GM de 24 de março de 2000;

d) Anestesiologista: médico com Certificado de Residência Médica em Anestesia reconhecido pelo MEC, ou Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia;

e) Enfermagem: a equipe deve contar com enfermeiro coordenador, inscrito no Conselho Regional de Enfermagem do Estado e ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento.

2.2.2.2 - Equipe de Saúde Complementar (Apoio multidisciplinar)

Deverá ter como serviços, próprios ou contratados, os Serviços de Suporte e profissionais nas seguintes áreas:

Cirurgião Geral;
Endocrinologista;
Saúde Mental ou Psicologia Clínica;
Assistência Social;
Fisioterapia;
Nutricionista;
Farmácia;
Hemoterapia.

2.2.2.3 - Materiais e Equipamentos

A unidade deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento do paciente portador do HIV/AIDS com lipodistrofia corporal.

A Unidade deve contar com Centro Cirúrgico devidamente equipado com instrumental, mesas cirúrgicas, mesas de instrumentação, carro de anestesia, além de uma sala eletiva com:

- a) lipoaspirador;
- b) cânulas para lipoaspiração;
- c) manta térmica;
- d) capnógrafo;
- e) material de emergência, para reanimação cardio-respiratória;
- f) oxímetro de pulso;
- g) monitor de transporte;

h) bomba de infusão.

A Unidade deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes com lipoatrofia facial e possibilitar a realização do procedimento de preenchimento facial com polimetilmetacrilato (PMMA).

Para tal, a Unidade deve dispor de sala para a realização dos procedimentos, contando necessariamente com as seguintes especificações: ambiente específico, com iluminação artificial especial no campo de trabalho (foco de luz móvel), lavatório exclusivo para uso da equipe de assistência, mesa auxiliar de mayo ou carrinho auxiliar, mesa ou maca com encosto reclinável (apoiando a cabeça) ou cadeira de dermatologia, estética ou odontológica, recipientes de acondicionamento de resíduos de acordo com a classificação dos resíduos gerados no ambiente (recipiente com pedal para acondicionamento dos resíduos do Grupo A e recipiente rígido para acondicionamento de resíduos perfuro-cortantes). As especificações do ambiente devem estar de acordo com as exigências técnicas definidas na RDC Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. (Atribuição 1: prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia – Atividade 1.8: realizar procedimentos médicos e odontológicos de pequeno porte, sob anestesia local (punções, biópsias, preenchimentos, etc.).

2.2.2.4. - Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

a) Laboratório de Análises Clínicas que realize exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia: bioquímica, hematologia, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise. O Laboratório deverá participar de Programa de Controle de Qualidade;

b) Unidade de Imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo, equipamento de radiologia portátil, Ultrassonografia, Mamografia e Tomografia Computadorizada. A unidade de Imagenologia deverá participar de Programa de Controle de Qualidade;

c) Eletrocardiografia;

d) Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior dentro do que rege a Resolução RDC nº 151 de 21 de agosto de 2001, por convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução.

e) Acesso garantido à Unidade de Tratamento Intensivo credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III, de acordo com a Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998.

Obs.: Os exames de Ultrassonografia, Mamografia e Tomografia Computadorizada poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999.

2.2.2.5. - Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento

A Unidade deve possuir rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo Responsável Técnico pela Unidade. As rotinas e normas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplar os seguintes itens:

a) Manual ou Protocolo de Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;

b) Avaliação dos pacientes;

c) Indicação do procedimento cirúrgico conforme Anexo I – “Diretrizes de Indicação para Tratamento da Lipodistrofia do portador de HIV/AIDS”;

d) Protocolos médico-cirúrgicos;

e) Protocolos de enfermagem;

f) Suporte nutricional;

g) Acesso garantido à Fisioterapia e Reabilitação Funcional;

- h) Controle de Infecção Hospitalar;
- i) Acompanhamento ambulatorial dos pacientes durante o tratamento;
- j) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os atos médicos.

2.2.2.6 - Produção do serviço

A Unidade de Assistência de Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia do Portador do HIV/AIDS deverá formalizar através de Termo de Compromisso, com o gestor, o quantitativo de procedimentos a serem realizados anualmente. Estas Unidades serão avaliadas a cada 12 meses, por meio de auditoria, para definição da continuidade do credenciamento.

ANEXO III

QUANTITATIVO DE UNIDADES DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRATAMENTO REPARADOR DE LIPODISTROFIA E LIPOATROFIA FACIAL EM PORTADORES HIV/AIDS

O parâmetro utilizado para estabelecer o número de serviços a serem credenciados e sua distribuição nos estados é de 1 (um) serviço para cada 3.000 pessoas em terapia antirretroviral, tanto para o Tratamento Reparador de Lipodistrofia quanto para o Tratamento Reparador de Lipoatrofia Facial em Portadores HIV/AIDS..

Nos estados cujo número de pacientes em terapia antirretroviral for inferior a 3.000, fica estipulado 1 (um) serviço para Lipodistrofia e 1 (um) serviço para Lipoatrofia Facial, conforme tabela abaixo.

Número Máximo de Unidades para Tratamento de Lipodistrofia e Lipoatrofia Facial por Unidade Federada, Brasil 2009

UF	Indivíduos em uso de ARV	Quantitativo Máximo de Unidades para Lipodistrofia	Quantitativo Máximo de Unidades para Lipoatrofia Facial
NORTE			
AC	194	1	1
AM	2.570	1	1
AP	221	1	1
PA	2.953	1	1
RO	475	1	1
RR	220	1	1
TO	293	1	1
NORDESTE			
AL	1.057	1	1
BA	5.140	2	2
CE	3.737	1	1
MA	1.905	1	1
PB	1.542	1	1
PE	5.044	2	2
PI	1.136	1	1
RN	1.168	1	1
SE	731	1	1
SUDESTE			
ES	2.396	1	1
MG	12.311	4	4
RJ	30.114	10	10
SP	69.445	23	23
SUL			
PR	8.347	3	3
RS	17.336	6	6
SC	8.640	3	3
CENTRO-OESTE			
DF	2.867	1	1
GO	2.518	1	1
MS	1.478	1	1
MT	1.786	1	1
TOTAL BRASIL	185.634	70	70

O quantitativo de unidades cadastrados deverá ser avaliado sistematicamente pelo Programa Nacional de DST e Aids em conjunto com a Coordenação de Alta Complexidade/MS e os Coordenadores Estaduais de DST/Aids, a cada exercício anual. O acréscimo populacional será atualizado anualmente, com base no SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos).

ANEXO IV

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

Instruções para preenchimento:

Este formulário deve ser preenchido, datado e assinado pelo auditor do setor de regulação e avaliação das Secretarias Estaduais / Municipal de Saúde ou pelo Gestor de Saúde, de acordo com a capacidade de gestão, e pelo representante da instituição a ser credenciada.

As Unidades que pretenderem solicitar credenciamento para o Tratamento Reparador da Lipodistrofia, que compreende a realização dos procedimentos cirúrgicos reparadores e do preenchimento facial, devem preencher somente o Anexo IV A.

As Unidades que pretenderem solicitar credenciamento para o Tratamento Reparador da Lipoatrofia Facial devem preencher apenas o Anexo IV B.

As Unidades devem responder todos os itens constantes nos Anexos.

Este formulário não deve ser modificado e/ou substituído.

FOLHA DE ROSTO

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

CNPJ:

CNES:

Fone/FAX: ()

EMAIL:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO:

ESTADO:

CEP:

DIRETOR TÉCNICO:

GESTOR:

Entrevistados:

Cargo/Função:

Cargo/Função:

Entrevistadores (delegados):

Função:

Função:

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

() Federal

() Estadual

() Municipal

() Filantrópico

() Atividade de Ensino e Pesquisa:

Unidade Universitária ()

Unidade Escola Superior Isolada ()

Unidade Auxiliar de Ensino ()

Unidade sem Atividade de Ensino ()

Características da Unidade Hospitalar:

() Geral

() Especializado

ANEXO IV - A

NORMAS DE CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DE UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE NO TRATAMENTO REPARADOR DA LIPODISTROFIA DO PORTADOR DE HIV/AIDS

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS

A Unidade de Assistência de Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia do portador de HIV/AIDS oferece:

a) Ambulatório Geral de AIDS para pacientes externos

() Sim () Não

b) Ambulatório de Cirurgia Plástica Reparadora para pacientes externos

() Sim () Não

c) Ambulatório de Dermatologia para pacientes externos

() Sim () Não

d) Execução dos procedimentos cirúrgicos listados na Portaria SAS/MS nº 01, de 14 de janeiro de 2009.

() Sim () Não

e) Acompanhamento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico do paciente.

() Sim () Não

2. REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DO PACIENTE

2.1. A Unidade possui um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

() Sim () Não

2.2. Informações indispensáveis e mínimas do Prontuário:

a – Identificação do paciente

() Sim () Não

b – Histórico Clínico

() Sim () Não

c – Avaliação Inicial – de acordo com o protocolo estabelecido

() Sim () Não

d – Indicação do procedimento cirúrgico, conforme protocolo

() Sim () Não

e – Descrição do ato cirúrgico ou procedimento, em ficha específica contendo:

- identificação da equipe

() Sim () Não

- descrição cirúrgica, incluindo os materiais usados e seus respectivos registros nacionais, para controle e rastreamento dos implantes.

() Sim () Não

f – Descrição da Evolução

() Sim () Não

g – Condições ou Sumário da alta hospitalar

Sim Não

h – Ficha de registro de infecção hospitalar

Sim Não

i – Evolução ambulatorial

Sim Não

3. ESTRUTURA ASSISTENCIAL

3.1 A Unidade de Assistência em Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia do Portador do HIV/AIDS oferece assistência especializada, atuando nas modalidades assistenciais descritas abaixo, conforme as diretrizes do Gestor Estadual e/ou Municipal, que constitui exigência para o Credenciamento.

Sim Não

a) Adesão aos critérios da Política Nacional de Humanização

Sim Não

b) Diagnóstico e Tratamento do portador do HIV/AIDS, incluindo:

- atendimento ambulatorial dos portadores do HIV/AIDS, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor público. Sim Não

- internação hospitalar de reserva programada, com salas de cirurgia ou turnos cirúrgicos destinados às cirurgias eletivas; disponibilidade de salas para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório.

Sim Não

- leitos clínicos para o tratamento do portador do HIV/AIDS, mediante termo de compromisso firmado com o gestor.

Sim Não

c) Reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente atuando no preparo pré-operatório ou como complemento pós-cirúrgico no sentido da restituição da capacidade funcional.

Sim Não

4. INSTALAÇÕES FÍSICAS

4.1 As áreas físicas da Unidade possuem Alvará de Funcionamento

Sim Não

4.2. Enquadra-se nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a) RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Sim Não

b) RDC 306 de 06 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde.

Sim Não

c) Possui referência e contra-referência de pacientes, de forma hierarquizada pelas secretarias de saúde, e participa dos programas de intercâmbio técnico científicos
() Sim () Não

5. RECURSOS HUMANOS

a) A Unidade de Assistência de Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia do Portador do HIV/AIDS deve contar com **um responsável técnico**, médico com Título de Especialista em Cirurgia Plástica, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ou com certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) – **Enviar cópia do diploma e titulações.**

() Sim () Não

Médico Responsável: _____ CRM: _____

b) Esse médico é responsável técnico por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde.

() Sim () Não

c) O médico responsável técnico pelo serviço reside e é domiciliado no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento.

() Sim () Não

d) A equipe da Unidade de Assistência de Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia do Portador do HIV/AIDS **deve contar com mais um médico** com Título de Especialista em Cirurgia Plástica, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ou com certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) – **Enviar cópia do diploma e titulações.**

() Sim () Não

Médico Responsável: _____ CRM: _____

e) **Dermatologista:** médico com título de especialista em dermatologia, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia ou com Certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por programa de Residência Médica reconhecido pelo ministério da Educação e Cultura (MEC) – Enviar cópia do diploma e titulações.

() Sim () Não

Médico Responsável: _____ CRM: _____

f) **Anestesiologista:** Médicos com Certificado de Residência Médica reconhecido pelo MEC em Anestesia, ou Título de Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

() Sim () Não

Médico Responsável: _____ CRM: _____

g) **Medicina Intensiva** em pós-operatório para possíveis complicações cirúrgicas: Médicos com Título de Especialista em Medicina Intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, ou Certificado de Residência Médica em Medicina Intensiva, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC.

() Sim () Não

Médico Responsável: _____ CRM: _____

h) **Enfermagem:** a equipe conta com um enfermeiro coordenador, inscrito no Conselho Regional de Enfermagem de seu Estado.

() Sim () Não

Enfermeiro Coordenador: _____ COREN: _____

Conta ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria.

Sim Não

i) Equipe de Saúde Complementar (Apoio multidisciplinar)

Tem como serviços, próprios ou contratados, os Serviços de Suporte e profissionais nas seguintes áreas:

- Cirurgião Geral

Sim Não

- Endocrinologia

Sim Não

- Saúde Mental ou Psicologia Clínica

Sim Não

- Assistência Social

Sim Não

- Fisioterapia

Sim Não

- Nutricionista

Sim Não

- Farmácia

Sim Não

- Hemoterapia

Sim Não

6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

a) A unidade dispõe de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético.

Sim Não

b) A Unidade deve dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes e possibilitar a realização do procedimento de preenchimento facial com polimetilmetacrilato (PMMA).

Sim Não

c) A Unidade deve dispor de sala para a realização dos procedimentos, contando necessariamente com as seguintes especificações: ambiente específico, com iluminação artificial especial no campo de trabalho (foco de luz móvel), lavatório exclusivo para uso da equipe de assistência, mesa auxiliar de mayo ou carrinho auxiliar, mesa ou maca com encosto reclinável (apoiando a cabeça) ou cadeira de dermatologia, estética ou odontológica, recipientes de acondicionamento de resíduos de acordo com a classificação dos resíduos gerados no ambiente (recipiente com pedal para acondicionamento dos resíduos do Grupo A e recipiente rígido para acondicionamento de resíduos perfuro-cortantes). As especificações do ambiente devem estar de acordo com as exigências técnicas definidas na RDC Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. (Atribuição 1: prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia – Atividade 1.8: realizar procedimentos médicos e odontológicos de pequeno porte, sob anestesia local (punções, biópsias, preenchimentos, etc.).

Sim Não

d) A Unidade conta com Centro Cirúrgico devidamente equipado com instrumental, mesas cirúrgicas, mesas de instrumentação, carro de anestesia, além de uma sala eletiva com:

- Lipoaspirador

Sim Não

- cânulas para lipoaspiração
 Sim Não
- manta térmica
 Sim Não
- capnógrafo
 Sim Não
- material de emergência, para reanimação cardio-respiratória
 Sim Não
- oxímetro de pulso
 Sim Não
- monitor de transporte
 Sim Não
- bomba de infusão
 Sim Não

7. RECURSOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS:

a) Laboratório de Análises Clínicas que realiza exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia:

- bioquímica
 Sim Não
- hematologia
 Sim Não
- microbiologia
 Sim Não
- gasometria
 Sim Não
- líquidos orgânicos
 Sim Não
- uroanálise
 Sim Não

O Laboratório participa de Programa de Controle de Qualidade

- Sim Não

b) Unidade de Imagenologia com:

- Equipamento de Rx convencional de 500 mA fixo
 Sim Não
- Equipamento de Rx portátil
 Sim Não
- Ultrassonografia
 Sim Não
- Mamografia
 Sim Não
- Tomografia Computadorizada
 Sim Não
- Eletrocardiografia
 Sim Não

A unidade de Imagenologia participa de Programa de Controle de Qualidade

- Sim Não

c) O Hospital conta com Serviço de Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a Resolução RDC nº 151 de 21 de agosto de 2001, por convênio ou contrato devidamente formalizado de acordo com a mesma resolução.

Sim Não

d) O Hospital conta com Unidade de Tratamento Intensivo credenciada pelo SUS e classificada como de Tipo II ou III, de acordo com a Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998.

Sim Não

e) Ultrassonografia (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

f) Mamografia (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

g) Tomografia Computadorizada (Se não for própria, indicar a Referência)

Serviço: _____

CGC: _____

8. ROTINAS E NORMAS DE FUNCIONAMENTO E ATENDIMENTO

a) A Unidade possui rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo Responsável Técnico pela Unidade.

Sim Não

b) As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:

- Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos

Sim Não

- Avaliação dos pacientes

Sim Não

- Indicação do procedimento cirúrgico

Sim Não

- Protocolos médico-cirúrgicos

Sim Não

- Protocolos de enfermagem

Sim Não

- Suporte nutricional

Sim Não

- Acompanhamento em Fisioterapia e Reabilitação Funcional

Sim Não

- Controle de Infecção Hospitalar

Sim Não

- Acompanhamento ambulatorial dos pacientes

Sim Não

- Termo de Consentimento livre e esclarecido para todos os atos médicos

Sim Não

9. PRODUÇÃO DO SERVIÇO

A Unidade de Assistência de Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia do Portador do HIV/AIDS deverá formalizar através de Termo de Compromisso, com o gestor, o quantitativo de procedimentos a serem realizados anualmente. Estas Unidades serão avaliadas a cada 12 meses, por meio de auditoria, para definição da continuidade do credenciamento.

O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia no Tratamento da Lipodistrofia do Portador do HIV/AIDS tem capacidade para atender o termo acordado com o gestor.

() Sim () Não

10- AVALIAÇÃO DO DIRETOR DA UNIDADE / CHEFE DE SERVIÇO

Conhecendo as condições técnicas da Unidade que chefiar e as equipes técnicas que nela prestam atendimento na área do Tratamento Reparador da Lipodistrofia do Portador do HIV/AIDS, informo que a Unidade tem condições e disponibilidade de prestar atendimento a estes pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Declaro autênticas as informações contidas neste cadastro.

Nome do Diretor / Chefe do Serviço

Assinatura

Local

Data

11. PARECER DO AUDITOR

Nome do Auditor

Assinatura

Cargo/ Função

Instituição

Local

Data

ANEXO IV - B

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E CREDENCIAMENTO DE UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE NO TRATAMENTO DA LIPOATROFIA FACIAL DO PORTADOR DE HIV/AIDS

1. EXIGÊNCIAS GERAIS

A Unidade Ambulatorial de Tratamento da Lipoatrofia Facial do Portador do HIV/AIDS oferece:

- a) Ambulatório de Assistência Especializada em DST/HIV/AIDS;
 Sim Não
- b) Ambulatório de Cirurgia Plástica Reparadora;
 Sim Não
- c) Ambulatório de Dermatologia;
 Sim Não
- d) Acompanhamento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico do paciente.
 Sim Não

2. REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DO PACIENTE

2.1 A Unidade possui um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

Sim Não

2.2 Informações indispensáveis e mínimas do Prontuário:

- a) Identificação do paciente
 Sim Não
- b) Histórico Clínico
 Sim Não
- c) Avaliação Inicial – de acordo com o protocolo estabelecido
 Sim Não
- d) Indicação do procedimento de preenchimento facial, conforme protocolo
 Sim Não
- e) Descrição do procedimento ambulatorial, em ficha específica contendo:
 - identificação da equipe
 Sim Não
 - descrição procedimento, incluindo os materiais usados e seus respectivos registros nacionais
 Sim Não
- f) Descrição da Evolução
 Sim Não
- g) Condições ou Sumário da alta ambulatorial
 Sim Não
- h) Ficha de registro de infecção hospitalar
 Sim Não
- i) Evolução ambulatorial
 Sim Não

3. ESTRUTURA ASSISTENCIAL

3.1 A Unidade de Assistência no Tratamento da Lipoatrofia Facial do Portador do HIV/AIDS oferece atenção especializada e integral aos portadores do HIV/AIDS, atuando nas modalidades assistenciais

descritas abaixo, conforme as diretrizes do Gestor Estadual e/ou Municipal, que constitui exigência para o Credenciamento.

Sim Não

a) Adesão aos critérios da Política Nacional de Humanização

Sim Não

b) Diagnóstico e Tratamento do portador do HIV/AIDS, incluindo:

- atendimento de urgência/emergência referida em HIV/AIDS, que funcione nas 24 horas, mediante termo de compromisso firmado com o gestor.

Sim Não

- leitos clínicos de Hospital Dia no Tratamento do Portador do HIV/AIDS, mediante termo de compromisso firmado com o gestor.

Sim Não

c) Reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente atuando no preparo pré-operatório ou como complemento pós-cirúrgico no sentido da restituição da capacidade funcional.

Sim Não

4. INSTALAÇÕES FÍSICAS

4.1. As áreas físicas da Unidade possuem Alvará de Funcionamento

Sim Não

4.2. Enquadra-se nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a) RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Sim Não

b) RDC 306 de 06 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde.

Sim Não

c). Possui referência de e contra-referência de pacientes, de forma hierarquizada pelas secretarias de saúde, e participar dos programas de intercâmbio técnico científicos

Sim Não

5. RECURSOS HUMANOS

a) A Unidade de Assistência no Tratamento Reparador da Lipoatrofia Facial do Portador de HIV/AIDS deve contar com **um responsável técnico**, médico com Título de **Especialista em Cirurgia Plástica**, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ou com certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) **OU** médico com Título de **Especialista em Dermatologia**, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia ou com certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) – Enviar cópia do diploma e titulações.

Sim Não

Médico Responsável: _____ CRM: _____

b) Esse médico é responsável técnico por um único serviço credenciado pelo Sistema Único de Saúde.

Sim Não

c) O médico responsável técnico pelo serviço reside e é domiciliado no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço que está solicitando o credenciamento.

Sim Não

d) **Dermatologista:** médico com Título de Especialista em Dermatologia, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia ou com certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) – Enviar cópia do diploma e titulações.

Sim Não

Médico Responsável: _____ CRM: _____

e) Enfermagem: a equipe conta com um enfermeiro coordenador, inscrito no Conselho Regional de Enfermagem de seu Estado.

Enfermeiro Coordenador: _____ COREN: _____

Sim Não

Conta ainda com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem.

Sim Não

6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

A unidade deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos pacientes, que possibilitem a realização do procedimento de preenchimento facial com polimetilmetacrilato (PMMA).

Sim Não

A Unidade deve dispor de sala para a realização dos procedimentos, contando necessariamente com as seguintes especificações: ambiente específico, com iluminação artificial especial no campo de trabalho (foco de luz móvel), lavatório exclusivo para uso da equipe de assistência, mesa auxiliar de mayo ou carrinho auxiliar, mesa ou maca com encosto reclinável (apoiando a cabeça) ou cadeira de dermatologia, estética ou odontológica, recipientes de acondicionamento de resíduos de acordo com a classificação dos resíduos gerados no ambiente (recipiente com pedal para acondicionamento dos resíduos do Grupo A e recipiente rígido para acondicionamento de resíduos perfuro-cortantes). As especificações do ambiente devem estar de acordo com as exigências técnicas definidas na RDC Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. (Atribuição 1: prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia – Atividade 1.8: realizar procedimentos médicos e odontológicos de pequeno porte, sob anestesia local (punções, biópsias, preenchimentos, etc.).

Sim Não

7. ROTINAS E NORMAS DE FUNCIONAMENTO E ATENDIMENTO

a) A Unidade possui rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo Responsável Técnico pela Unidade.

Sim Não

b) As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplam os seguintes itens:

- Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos

Sim Não

- Avaliação dos pacientes

Sim Não

- Indicação do procedimento

Sim Não

- Protocolos médico-cirúrgicos

Sim Não

- Protocolos de enfermagem

Sim Não

- Suporte nutricional
 Sim Não
- Controle de Infecção Hospitalar
 Sim Não
- Acompanhamento ambulatorial dos pacientes
 Sim Não
- Termo de Consentimento livre e esclarecido para todos os atos médicos
 Sim Não

8. PRODUÇÃO DO SERVIÇO

A Unidade de Assistência de Alta Complexidade no Tratamento Reparador da Lipoatrofia facial do Portador do HIV/AIDS deverá formalizar através de Termo de Compromisso, com o gestor, o quantitativo de procedimentos a serem realizados anualmente. Estas Unidades serão avaliadas a cada 12 meses, por meio de auditoria, para definição da continuidade do credenciamento.

9- AVALIAÇÃO DO DIRETOR DA UNIDADE / CHEFE DE SERVIÇO

Conhecendo as condições técnicas da Unidade que chefiou e as equipes técnicas que nela prestam atendimento na área do Tratamento Reparador da Lipoatrofia Facial do Portador do HIV/AIDS, informo que a Unidade tem condições e disponibilidade de prestar atendimento a estes pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Declaro autênticas as informações contidas neste cadastro.

Nome do Diretor / Chefe do Serviço

Assinatura

Local

Data

10. PARECER DO AUDITOR

Nome do Auditor

Assinatura

Cargo/ Função

Instituição

Local

Data

ANEXO V

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA PARA LIPODISTROFIA

Unidade de acompanhamento:	
Dados pessoais do paciente:	
Nome completo:	
Data de nascimento:	
Nome da mãe:	
Cartão SUS:	RG: CPF:
Endereço:	
Cep:	Cidade: UF:
Telefone para contato:	
Dados clínicos:	
Ano de diagnóstico do HIV:	
HMA (infecções oportunistas e uso de ARV):	
Antecedentes pessoais (tabagismo, etilismo, usuário de drogas, cirurgias anteriores,...):	
Medicação ARV atual:	
Exames/data (mm/aaaa):	
Hemograma(/)	
Hb:	Ht: Hemáceas:
Leucócitos totais (/):	
Linfócitos:	
Neutrófilos:	
Eosinófilos:	
Contagem de plaquetas (/):	
Coagulograma(/):	
CD4(/):	CD8(/):
Carga Viral(/):	
Glicemia ()	Uréia () Creatinina ()
Bioquímica(/):	
TGO (AST):	TGP(AST): Gama-GT : F. Alcalina:
Bilirrubinas: BT:	BD: BI:
Lipidograma(/):	
Colesterol total:	HDL: LDL: VLDL:
Triglicérides:	
Proteínas totais e frações(/):	
Albumina:	globulina:
Procedimento solicitado:	
<input type="checkbox"/> Lipoaspiração de giba	<input type="checkbox"/> Lipoaspiração de parede abdominal
<input type="checkbox"/> Lipohipertrofia mamária	<input type="checkbox"/> Lipoenxertia de glúteo
<input type="checkbox"/> Reconstrução de glúteo	<input type="checkbox"/> Lipoenxertia de face
<input type="checkbox"/> Preenchimento facial com PMMA (APAC)	
Dados do solicitante:	
Médico solicitante:	Fone p/cntato:
CRM/UF:	
Data da solicitação:	
Observação:	
Anexar de acordo com o procedimento :	
RX de tórax: ()	
USG mamária ()	
Mamografia ()	
Outro:	
Parecer do cirurgião plástico/dermatologista	
<input type="checkbox"/> Indicado	<input type="checkbox"/> contra-indicado
Justificar se contra-indicado:	
Assinatura do cirurgião plástico/dermatologista:	CRM/UF: _____
_____	Data: _____