

# Alta Complexidade

18 de Fevereiro de 2019 , 16:42

Atualizado em 11 de Março de 2019 , 14:57



A **Alta Complexidade** é um conjunto de procedimentos que, no contexto do [Sistema Único de Saúde \(SUS\)](#), envolve alta tecnologia e alto custo, com o objetivo de promover à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). A coordenação de Alta Complexidade da SES-MG pertence à Diretoria de Atenção Especializada da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde e é responsável pelas seguintes áreas que compõem a alta complexidade do **SUS**, organizadas em redes:

## Cardiovascular

No **SUS**, a assistência ao paciente com doença cardiológica está prevista na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Anexo XXXI - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (Origem: PRT MS/GM 1169/2004), que institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade.

Já a [Portaria SAS/MS nº. 210 de 15 de junho de 2004](#) estabelece as normas de habilitação das unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular e dos centros de referência em alta complexidade cardiovascular.

No ano de 2015 a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) observou a necessidade de reorganização da programação da cardiologia hospitalar de alta complexidade na Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais (PPI/MG). As motivações para esse estudo foram às distorções nos custos médios das formas de organização da cardiologia hospitalar, a presença de recursos macroalocados sem forma de organização e origens definido e a concentração de recursos em determinadas regiões de saúde. Em julho de 2015 foi formado um grupo SES/COSEMS para estudar a nova programação da cardiologia e rede de assistência em alta complexidade cardiovascular.

Foi feita uma análise dos custos médios, por município de atendimento, considerando a produção de cada prestador, e uma análise da cobertura da assistência cardiológica nas regiões de saúde comparado a outros estados, a resolubilidade dos serviços credenciados em cada forma de organização e a adequação da programação da cardiologia com o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Visto que a Portaria SAS/MS nº. 210 de 15 de junho de 2004 propõe apenas parâmetros de nº de cirurgias/hospital foi então proposto um novo parâmetro por forma de organização considerando a base populacional. A Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.223, de 18 de novembro de

2015, aprovou os novos parâmetros e custos médios da Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais para as formas de organização alta complexidade de cardiologia hospitalar.

A [Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.298 de 16 de março de 2016](#) aprovou a reorganização das referências em Cardiologia Hospitalar de Alta Complexidade no Estado de Minas.

A Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.436, de 06 de dezembro de 2016 aprovou os critérios para o primeiro Encontro de Contas da Alta Complexidade Hospitalar em Cardiologia no âmbito da Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais (PPI/MG).

A Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.543, de 21 de setembro de 2017 aprovou o encontro de contas da Alta Complexidade Hospitalar em Cardiologia no âmbito da Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais para o período de abril de 2016 a março de 2017.

A [Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.559, de 18 de outubro de 2017](#) que aprovou a carteira do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), os parâmetros do cateterismo ambulatorial e os critérios para os encontros de contas da Alta Complexidade Hospitalar em Cardiologia.

## Doenças Raras

A definição de uma doença como Doença Rara, segundo o Ministério da Saúde, depende de critérios epidemiológicos: é a doença que afeta até 65 pessoas em cada 100 mil indivíduos, ou seja, 1,3 para cada 2 mil pessoas. Existem entre 7 e 8 mil doenças raras sendo que a maior parte delas, cerca de 80%, tem origem genética.

A assistência ao paciente com doenças raras no SUS está prevista na [Portaria do Ministério da Saúde de Consolidação Nº 2, de 28 de Setembro de 2017](#). A referida Portaria define que os pontos de atenção à saúde (Atenção básica, Atenção especializada e Componente atenção domiciliar) irão garantir tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde considerando que a caracterização desses pontos de atenção deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da Rede de Atenção à Saúde.

O componente da Atenção especializada da Política nacional de atenção integral às pessoas com doenças raras é composto por: Serviço de atenção especializada em doenças raras que deve ofertar atenção diagnóstica e terapêutica e Serviço de Referência em doenças raras que deve promover o acompanhamento clínico especializado multidisciplinar, realizar acompanhamento genético, realizar pesquisa, ensino, realizar atividades de educação ao público e profissionais, subsidiar ações dos gestores.

A habilitação de Serviços de atenção especializada em doenças raras e Serviço de referência em doenças raras segue o fluxo estabelecido através do Guia de habilitação e contratação de estabelecimentos para a prestação de ações e serviços de saúde para o SUS.

## Exames

A [Portaria de consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017](#) aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Os critérios e parâmetros são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde, podendo sofrer adequações no nível das Unidades da Federação e Regiões de Saúde, de acordo com as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros.

Os Estados e Municípios podem promover a sua alteração, realizando os ajustes necessários para adequação à realidade epidemiológica, demográfica, patamares de oferta e ao estágio de estruturação da Rede de Atenção à Saúde existente em seus territórios. Nesse sentido para credenciamento de estabelecimentos situados em municípios de gestão Estadual para prestação de serviços de exames de alta complexidade (Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear) a SES-MG segue o fluxo estabelecido através do Guia de habilitação e contratação de estabelecimentos para a prestação de ações e serviços de saúde para o SUS em Minas Gerais.

## Nefrologia

No SUS a assistência ao paciente portador de Doença Renal Crônica (DRC) está prevista na [Portaria GM/MS nº 1.675 de 07 de junho de 2018](#) e na [Portaria nº 3.415 de 22 de outubro de 2018](#) que estabelecem os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com DRC.

É papel da Atenção Básica a atuação na prevenção dos fatores de risco e proteção para a doença renal crônica. Os profissionais de saúde desse nível de atenção devem estar preparados para identificar, por meio da anamnese e do exame clínico, os casos com suspeita e referenciá-los para a Atenção Especializada para investigação diagnóstica definitiva e tratamento. A Atenção Especializada, por sua vez, é composta por unidades hospitalares e ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico responsáveis pelo acesso às consultas e exames especializados.

Para fins de organização do atendimento integral ao paciente com DRC, o tratamento deve ser classificado em conservador, quando nos estágios de 1 a 3, pré-diálise quando 4 e 5-ND (não diálítico) e Terapia Renal Substitutiva (TRS) quando 5-D (diálítico).

O tratamento conservador consiste em controlar os fatores de risco para a progressão da DRC, bem como para os eventos cardiovasculares e mortalidade, com o objetivo de conservar a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) pelo maior tempo de evolução possível. A pré-diálise consiste na manutenção do tratamento conservador, bem como no preparo adequado para o início da TRS em paciente com DRC em estágios mais avançados. A TRS é uma das modalidades de substituição da função renal: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal.

Em 2014 foi publicado pelo Ministério da Saúde as Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC no SUS.

Atualmente, existem 85 serviços habilitados pelo Ministério da Saúde para a oferta da TRS, nas modalidades de hemodiálise e de diálise peritoneal, em Minas Gerais. [Clique aqui](#) e saiba mais.

## Neurocirurgia

No SUS, a assistência ao paciente com doença neurológica está prevista na [Portaria GM/MS nº. 1.161](#), que instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica. Essa Política permite aos Estados e Municípios organizar e desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde, dentre outros fatores, que perpassam pelos níveis de atenção (atenção básica e especializada). Juntamente com esse normativo, foi publicada a [Portaria SAS/MS nº. 756](#), que estabelece as normas de habilitação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e dos Centros de Referência em Neurologia.

## Obesidade

No SUS, a assistência ao indivíduo com Obesidade Grave está prevista nas [Portarias Ministeriais nº 424/GM/MS de 19 de março de 2013](#) e nº [425/GM/MS](#), de 19 de março de 2013.

A Portaria nº 424 redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Já a Portaria nº 425 estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. De acordo com essa portaria o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve ofertar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade.

O tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal. É indicado apenas em alguns casos, portanto é apenas uma ação dentro do todo da linha de cuidado dos indivíduos com sobrepeso e obesidade. São indicações para cirurgia bariátrica:

- a. Indivíduos que apresentem IMC  $\geq 35$  Kg/m<sup>2</sup>;
- b. Indivíduos que apresentem IMC  $\geq 40$  Kg/m<sup>2</sup>, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- c. Indivíduos com IMC  $> 35$  kg/m<sup>2</sup> e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

A Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.975 de 28 de outubro de 2014 aprova a [Linha de Cuidado e o Plano de Ação](#) para atender as pessoas com sobrepeso e obesidade, no âmbito do Estado de Minas Gerais.

Atualmente, existem 09 serviços habilitados pelo Ministério da Saúde em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, em Minas Gerais. [Clique aqui](#) e saiba mais sobre os serviços.

## Oncologia

No SUS, a assistência ao paciente oncológico está prevista na [Portaria GM/MS nº. 874 de 16 de maio de 2013](#), que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa Política tem como princípios gerais o reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível, a necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e a organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo.

No ano seguinte, foi publicada a [Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014](#), que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS.

A referida portaria também estabelece que é de responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde, planejar, junto aos gestores municipais, a necessidade de cobertura assistencial da atenção especializada em oncologia para o Estado/Regiões de Saúde, de acordo com os parâmetros e orientações estabelecidos na Portaria.

Diante disso, foi elaborado um documento descrevendo a organização e as responsabilidades de todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no eixo temático do câncer. Assim, foi publicada em julho de 2015, a Deliberação nº 2.144 de 15 de julho de 2015, que aprova o Diagnóstico e Diretrizes para o Plano de Ação da Rede de Atenção em Oncologia para o Estado de Minas Gerais. Posteriormente, esse documento foi revisado e em

dezembro de 2018, foi publicada a Deliberação [nº 2.846, de 05 de dezembro de 2018](#) que aprova o Plano da Rede de Atenção em Oncologia – Diagnóstico e Diretrizes – para o Estado de Minas Gerais.

A Rede de Atenção em Oncologia envolve a promoção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do câncer, bem como os cuidados paliativos. Organiza-se de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos estados do Distrito Federal e dos municípios.

Além disso, a partir da necessidade de reorganização da programação da oncologia na Programação Pactuada e Integrada de Minas Gerais (PPI/MG), foi publicada a [Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.786, de 24 de setembro de 2018](#) que aprova a Metodologia da Revisão da Programação da Assistência nos Serviços de Alta Complexidade da Rede de Oncologia no âmbito do Estado de Minas Gerais e a [Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.854, de 05 de dezembro de 2018](#) que aprova a pactuação e reprogramação da Rede de Oncologia de Alta Complexidade no âmbito da Programação Pactuada e Integrada - PPI do Estado de Minas Gerais.

## **PPI - ONCOLOGIA**

- [Cirurgia e Quimioterapia Categoria 1 \(Cirurgia Geral, Coloproctologia, Ginecologia, Mastologia, Urologia e Pele\)](#)
- [Cirurgia e Quimioterapia Categoria 2 \(Cabeça e pescoço, Cirurgia torácica, Ortopedia e Tumores Sistema Nervoso Central\)](#)
- [Hematologia](#)
- [Iodoterapia](#)
- [Oftalmologia](#)
- [Oncopediatria](#)
- [PET CT](#)
- [Radioterapia](#)
- [Planilha Dinâmica de Referências](#)

[Hospitais Habilitados em Minas Gerais - CACON e UNACON](#)

## **Notas Informativas**

[14/02/2019: Deliberação CIB-SUS/MG Nº2.854, de 05 de dezembro de 2018 que aprovou a pactuação e reprogramação da Rede de Oncologia de Alta Complexidade no âmbito da Programação Pactuada e Integrada -PPI do Estado de Minas Gerais.](#)

## **Processo Transexualizador**

O Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde está regulamentado pela [Portaria GM/MS nº 2.803 de 19 de novembro de 2013](#) que redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador.

Essa portaria insere-se no contexto da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e estabelece como diretrizes para a assistência ao/a usuário/a com demanda para realização do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde: a integralidade da atenção a transexuais e travestis, buscando estruturar uma linha de cuidado desde a atenção básica à especializada; trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; integração com os demais pontos de atenção da rede de saúde, tendo como porta de entrada a atenção básica, incluindo-se o acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores/as e demais usuários/as da unidade de saúde para o respeito às diferenças, em todos os níveis de atenção.

O objetivo é atender as pessoas que sofrem com a incompatibilidade de gênero, quando não há reconhecimento do próprio corpo em relação à identidade de gênero (masculino ou feminino). A condição transexual gera um intenso sofrimento ao não se reconhecerem no corpo biológico. Esta situação leva a diversos distúrbios de ordem psicológica acompanhados de tendências à automutilação e ao suicídio.

Para garantir a integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Especializada, serão definidas as seguintes modalidades:

I - Modalidade Ambulatorial: consiste nas ações de âmbito ambulatorial, quais sejam acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados.

II - Modalidade Hospitalar: consiste nas ações de âmbito hospitalar, quais sejam realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados.

Atualmente, existe um [serviço habilitado pelo Ministério da Saúde em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade Ambulatorial](#), em Minas Gerais.

## Terapia Nutricional

No SUS as normas de habilitação de estabelecimentos para prestação de assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional é definida pela [Portaria SAS/MS nº 120 de 14 de abril de 2009](#) que descreve as normas de habilitação para as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, bem como determina seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções.

Atualmente há [73 estabelecimentos habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional](#) no Estado de Minas Gerais. A habilitação de serviços segue a Portaria SAS/MS Nº120 de 14 de abril de 2009 e o fluxo estabelecido através do Guia de habilitação e contratação de estabelecimentos para a prestação de ações e serviços de saúde para o SUS/MG.

## Transplantes

A [Portaria de Consolidação Nº 04, de 28 de setembro de 2017](#), aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. O Brasil possui o maior sistema público de transplantes no mundo e os pacientes possuem assistência integral, incluindo exames preparatórios, cirurgia, acompanhamento e medicamentos pós-transplante.

Em Minas Gerais, o Complexo de MG Transplantes é responsável por coordenar a política de transplantes de órgãos e tecidos, regulando o processo de notificação, doação, distribuição e logística, avaliando resultados e capacitando hospitais e profissionais afins nas atividades relacionadas à doação de órgãos e tecidos. É composto por organizações de procura de órgãos (OPO) na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Zona da Mata, Sul, Oeste, Norte/Nordeste e Leste do Estado.

Em Minas Gerais, são ofertados transplantes dos seguintes órgãos: coração, córnea, fígado, medula, pâncreas, pele, rim, rim conjugado com pâncreas e tecido ósseo.



## Ser um doador

Para ser um doador, o passo principal é informar o desejo à família. Isto porque, após o diagnóstico de morte encefálica, a família é consultada e orientada sobre o processo de doação de órgãos. Esta conversa, geralmente, é realizada pelo próprio médico do paciente, pelo médico da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou pelos membros da equipe de captação, que prestam todas as informações que a família necessitar.

Considera-se como potencial doador todo paciente em morte encefálica. A morte encefálica, mais conhecida como morte cerebral, representa a perda irreversível das funções vitais que mantêm a vida, como a perda da consciência e da capacidade de respirar; o que significa que o indivíduo está morto. O coração permanece batendo por pouco tempo e é neste período que os órgãos podem ser utilizados para transplante.

Quando o doador é uma pessoa falecida podem ser retirados para transplante duas córneas, dois rins, dois pulmões, fígado, coração, pâncreas, intestino, pele, ossos e tendões. Ou seja, um único doador pode salvar muitas vidas. Mas a retirada dos órgãos não pode esperar muito, por isso, a decisão deve ser tomada o quanto antes.

Também é possível ser doador em vida sem comprometer a saúde. Nesses casos é possível doar tecidos, rim e medula óssea. Ocasionalmente, é possível doar parte do fígado ou do pulmão.

## Traumatologia e Ortopedia

No SUS, a assistência ao portador de afecções do sistema musculoesquelético está prevista na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Anexo XXXIV - Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia (Origem: PRT MS/GM 221/2005), que institui a Política de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia. Essa Política define que as Secretarias de Estado da Saúde estabeleçam um planejamento regional hierarquizado para formar a rede de atenção em alta complexidade em traumatologia e ortopedia. A [Portaria SAS/MS nº. 90, de 27 de março de 2009](#), estabeleceu as normas para habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, bem como de Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade.

[Credenciamento dos Serviços Habilitados em Ortopedia em Minas Gerais](#)

Enviar para impressão