



**PUBLICAÇÃO NO “MINAS GERAIS” EM 13/12/2003**  
DELIBERAÇÃO CIB-SUS-MG Nº 057, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2003

A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais, no uso de suas atribuições legais e, considerando:

- a Portaria MS/GM nº 818, de 05/06/2001, que cria mecanismos para organização e implantação da Rede de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física;
- a Portaria MS/GM nº 1.635, de 12/09/2002, que inclui procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS para acompanhamento de pacientes com deficiência Mental e Autismo;
- as Portarias MS/GM nº 818 e MS/SAS nº 185, ambas de 05/06/2001, Portaria nº 1635, de 12/09/2002, e Portaria MS/SAS Nº 968, de 11/12/2002, que definem códigos e a cobrança dos procedimentos;
- a necessidade de organização do atendimento à pessoa portadora de deficiência física, mental e autismo e estabelecer critérios para implantação e/ou credenciamento das Instituições no Estado de Minas Gerais;
- a necessidade de subsidiar tecnicamente a implantação e/ou credenciamento de serviços especializados, contribuindo para melhoria das suas condições de vida, integração social, ampliação das suas atividades laborais e independência nas atividades de vida diária do paciente com deficiência mental e autismo;
- a necessidade de definição de critérios para credenciamento das unidades prestadoras de serviço – UPS coerente com a política de descentralização, regionalização e hierarquização da assistência no SUS/MG, preconizada pela Norma Operacional da Assistência a Saúde – NOAS/2002/SUS e o Plano Diretor de Regionalização – PDR, como mecanismo de avaliação, supervisão e acompanhamento dos serviços prestados;
- a aprovação da CIB-SUS-MG em sua 92ª reunião Ordinária, ocorrida em 04/12/2003.

**DELIBERA:**

Art.1º - Fica aprovada a organização da **Rede de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, Mental ou com Autismo no Estado de Minas Gerais**, nos termos das Portarias do Ministério da Saúde e desta Deliberação.

Art. 2º - Constituirá a Rede de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, Mental ou com Autismo do Estado de Minas Gerais, os serviços de assistência a serem cadastrados no Sistema Único de Saúde – SIA/SUS conforme Portaria MS/GM nº 1635 de 12 de setembro de 2002;

Art 3º - A rede de que trata este artigo será composta por;

- a) Centro de Atenção ao Portador de Deficiência Mental ou com Autismo – Nível II
- b) Centro de Atenção ao Portador de Deficiência Mental ou com Autismo – Nível I

§ 1º - O Centro de Atenção ao Portador de Deficiência Mental ou com Autismo – Nível II- deverá dispor de instalações físicas, equipamentos, recursos humanos, formação e/ou capacitação na área de reabilitação, para o atendimento a pacientes com deficiência mental, física ou com autismo, que requeiram cuidados de reabilitação, tratamento, prevenção de deficiências secundárias e tratamento e/ou orientação familiar consoantes com os atendimentos médicos: neurológico, psiquiátrico, pediátrico, e terapêuticos: pedagógico, psicológico, fonoaudiológico, fisioterapêutico, terapêutico ocupacional. Realizar cuidados de enfermagem, atendimento odontológico e dispor de serviço social.

§ 2º - O Centro de Atenção ao Portador de Deficiência Mental ou com Autismo – Nível I deverá dispor de instalações físicas, equipamentos, recursos humanos, formação e/ou capacitação na área de reabilitação, para o atendimento a pacientes com deficiência mental, física ou com autismo, que requeiram cuidados de reabilitação, tratamento, prevenção de deficiências secundárias e tratamento e/ou orientação familiar consoantes com atendimentos médico de neurologia e terapêuticos: pedagógico, psicológico, fonoaudiológico, fisioterapêutico e terapêutico ocupacional.



**GOVERNO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Art 4º - O Centro de Atenção ao Portador de Deficiência Mental ou com Autismo – Nível I será a primeira referência para assistência ambulatorial, subordinado tecnicamente e vinculado ao nível II, de maior complexidade, de acordo com a necessidade assistencial.

Art. 5º - A Rede de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, Mental ou com Autismo (nível II e nível I) estará integrada à Rede Estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, conforme portaria MS/GM Nº 818 de 05 de junho de 2001 e Deliberação CIBE-MG Nº 65, de 24 de setembro de 2001.

Parágrafo Único - A Rede de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, Mental ou com Autismo do Estado de Minas Gerais estará subordinada tecnicamente aos Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário e/ou de Medicina física e Reabilitação da Rede Estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência, que constituir-se-á em sua referência e contra-referência, para pacientes que demandem assistência em reabilitação física de maior complexidade.

Art. 6º - As Unidades Prestadoras de Serviço – UPS da Rede Estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, Mental e com Autismo deverão estar articuladas com as equipes do Programa de Saúde da Família para desenvolver ações de atenção básica, prevenção e encaminhamento ambulatorial.

Art. 7º - Fica estabelecido “O Roteiro de Inspeção e Análise Técnica em Instituições que prestam assistência ao Portador de Deficiência Física, Mental ou com Autismo”, conforme Anexo Único Único, desta deliberação, para realização de vistoria conjunta da Vigilância Sanitária Estadual e Municipal, e emissão de parecer conclusivo quanto ao credenciamento da UPS.

Parágrafo único: Necessariamente o parecer conclusivo da Vigilância Sanitária deverá indicar quais e quantos profissionais envolvidos na assistência, bem como o nº de usuários (deficiente mental, deficiente físico e autista) atendidos, mensalmente, pela instituição.

Art. 8º - Ficam estabelecidos como critérios a serem utilizados pelas DADS e Secretarias Municipais de Saúde para cadastramento das UPS de que trata esta Deliberação os abaixo relacionados:

- I - População;
- II - Necessidade de cobertura assistencial;
- III - Distribuição geográfica dos serviços;

Art. 9º - Para o atendimento de até 100 pacientes/mês necessariamente a Unidade deverá manter de uma Equipe Multiprofissional (de acordo com nível de classificação da instituição) e o número de equipamentos necessários, conforme disposto no Anexo Único I.

§ 1º - Quando o número de pacientes exceder ao previsto no caput deste artigo, a equipe e o número de equipamentos deverão ser alterados, conforme a necessidade assistencial.

Art.10 - Caberá ao município garantir o acesso aos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia estabelecidas para Atenção Básica Ampliada e definidos pela NOAS-SUS 01/2001, compreendendo:

- I - Patologia Clínica;
- II - Radiologia;
- III - Ultra-sonografia.

Art. 11 - As instituições já credenciadas serão reavaliadas, conforme determinações desta deliberação.

§ 1º - As UPS's que não dispuserem dos critérios de classificação de nível II e sim nível I poderão, posteriormente, se atenderem aos critérios, ser classificadas para nível II, conforme disponibilidade orçamentária e financeira.



**GOVERNO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

§ 2º - As UPS's que não reunirem a condições de funcionamento (nível II e I) conforme Anexo Único I, terão o prazo de 90 dias, a partir da vistoria, para adequações.

Art.12 - Caberá aos gestores municipais e/ou estadual a vistoria e avaliação anual dos serviços e procedimentos realizados pelas instituições credenciadas, de acordo esta. Deliberação.

Art. 13 - A definição da quantidade de APAC's (NÍVEL II), por instituição cadastrada, será determinada após avaliação do roteiro de inspeção, observados os parâmetros assistenciais, o nível de complexidade, e os recursos disponíveis.

§ 1º - Será também considerado, para definição da quantidade de APAC's , o limite máximo de um percentual de 20% do total da capacidade de atendimento instalada da UPS, considerando vistoria e parecer da Vigilância Sanitária.

§ 2º - Os demais procedimentos possibilitarão a cobrança do atendimento (nível II e I) conforme art. 7º da portaria MS/GM N° 1635 DE 12/09/2002;

§ 3º - O aumento na quantidade de APAC's, acima do limite estabelecido, deverá ser solicitada à SES/SAS/DRA/Coordenadoria de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência em um único processo contendo:

I – Solicitação do gestor local;

II – Nova avaliação através do “Roteiro de Inspeção e Análise Técnica em Instituições que prestam assistência ao Portador de Deficiência Física, Mental ou com Autismo” (Anexo Único I) desta deliberação, para realização de vistoria conjunta da Vigilância Sanitária Estadual e Municipal, e emissão de parecer conclusivo.

Art. 14 – Caberá à Coordenadoria de Atenção e Saúde do Portador de Deficiência da SES-MG promover a criação de instrumentos de Controle/Avaliação/Informação dos procedimentos realizados.

Art. 15 - Esta deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16 - Revogam-se as disposições em contrário.

Belo Horizonte, 11 de Dezembro de 2003.

**Marcus Pestana**  
**Secretário de Estado de Saúde, Gestor do SUS/MG e**  
**Coordenador da CIB/SUS-MG**



**GOVERNO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**ANEXO ÚNICO de que trata a Deliberação CIB-SUS-MG n.º 057, de 11/12/2003**  
**ROTEIRO DE INSPEÇÃO E ANÁLISE TÉCNICA EM INSTITUIÇÕES QUE PRESTAM**  
**ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA, MENTAL E AUTISMO**

Identificação da Unidade Data da inspeção: ____/____/____		
Nome da Unidade: _____		
CNPJ (CGC): _____		
Razão Social: _____		
Número da licença de funcionamento: _____		
Número do SUS: _____		
Número da DADS: _____		
Endereço: Rua/Av. _____ N° _____		
Bairro: _____		Cidade: _____
Estado: _____		CEP: _____
E-mail: _____		
Telefone: _____		Fax: _____
N I e N II INF	<u>1-Responsável Administrativo (Presidente/Diretor)</u> Nome: Conselho (Nº): C.I: CPF: Cargo em Função: Carga Horária:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
N I e N II INF	<u>MÉDICO - NEUROLOGISTA</u> Nome: Nº certificado no CRM: CI: CPF: Carga Horária:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
N II INF	<u>MÉDICO - PSQUIATRA</u> Nome: Nº certificado no CRM: CI: CPF: Carga Horária:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Legenda: [N I] NÍVEL I [N II] NÍVEL II [INF] Informativo



**GOVERNO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

N II INF	<u>MÉDICO PEDIATRA</u> Nome: Nº certificado no CRSS: CI: CPF: Carga Horária:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
N I e N II INF	<u>FISIOTERAPEUTA</u> Nome: Nº certificado no CREFITO: CI: CPF: Carga Horária:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
N II INF	<u>ASSISTENTE SOCIAL</u> Nome: Nº certificado no CRSS: CI: CPF: Carga Horária:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
N I e N II INF	<u>FONOAUDIOLOGIA</u> Nome: Nº certificado no CRF: CI: CPF: Carga Horária:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Legenda: [N I] NÍVEL I [N II] NÍVEL II [INF] Informativo



**GOVERNO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

N I e N II INF	<u>PSICOLOGIA</u> Nome: Nº certificado no CRP: CI: CPF: Carga Horária:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
N I e N II INF	<u>PEDAGOGIA</u> Nome: Nº certificado no Conselho: CI: CPF: Carga Horária:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
N II INF	<u>AUXILIAR DE ENFERMAGEM</u> Nome: Nº certificado no Conselho: CI: CPF: Carga Horária:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
N II INF	<u>DENTISTA</u> Nome: Nº certificado no Conselho: CI: CPF: Carga Horária:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Legenda: [N I] NÍVEL I [N II] NÍVEL II [INF] Informativo



**GOVERNO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**1) Instalações Físicas:**

N I N II INF	A) Acesso geral por rampa e/ou elevador com medidas compatíveis para giro de cadeiras de rodas; piso antiderrapante; corrimão em corredores; escadas e rampas; larguras de corredores, portas e banheiros adaptados e demais normas definidas pela ABNT-1990	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	B) Sala para avaliação e atendimento individual	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	C) Área (pátio) para desenvolvimento de atividades	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	D) Sanitários adaptados ao uso da PPD	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	E) Área para desenvolvimento de atividade de cinesioterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	F) Piso e paredes de material claro, resistente e lavável	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	G) Áreas de apoio (recepção, sala de espera, DML, materiais e equipamentos, arquivo e registro de pacientes) isoladas da área de assistência	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**2) Equipamentos e/ou recursos a serem utilizados e que deverão dispor:**

N I N II INF	Mesa com 04 cadeiras (adulto)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Colchonete de espuma (1,90 x 0,89 x 0,05)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I INF	Espelho com rodízio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I INF	Andador adulto e infantil com rodízios	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Espelho fixo 1,30 x 1,50	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Legenda: [N I] NÍVEL I [N II] NÍVEL II [INF] Informativo



**GOVERNO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

N I INF	Tábua de equilíbrio retangular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Mesa com 04 cadeiras (infantil)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Rolo Bobath de 20cm	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Rolo tipo feijão 40cm	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Bola Bobath (tamanho médio e grande)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Jogos pedagógicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Brinquedos pedagógicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I INF	Escada de canto com rampa e corrimão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I INF	Escada com 02 degraus com corrimão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Cadeira de roda adulto e infantil	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Tapete antialérgico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Mesa com 12 cadeiras	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Prateleira e/ou estante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Maca com escada (fixa)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Maca para remoção (fixa)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Aparelho de pressão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Legenda: [N I] NÍVEL I [N II] NÍVEL II [INF] Informativo





**GOVERNO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

N I INF	Balança para peso e medida (infantil e adulto)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I INF	Balanço proprioceptivo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Cadeira Higiênica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Barra paralela dupla	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Material para atividades de coordenação MMS	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Bengala de Madeira	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I INF	Bengala de 04 pontas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I INF	Goniômetro	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I N II INF	Pares de alteres de 01 e 02 kg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I INF	Ultra-som	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
N I INF	Ondas Curtas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Legenda: [N I] NÍVEL I [N II] NÍVEL II [INF] Informativo