



DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 593, DE 21 DE OUTUBRO DE 2009.

Aprova a redefinição das normas de organização e normas de atendimento da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Mental e Autismo do SUS/MG.

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

- a Portaria MS/GM nº 1.635, de 12/09/2002, que inclui procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais-SIA/SUS para acompanhamento de usuários com Deficiência Mental e Autismo;
- a necessidade de readequação das Deliberações nº 057 de 11 de novembro de 2003 que aprova a organização da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Mental e Autismo no Estado de Minas Gerais;
- a Deliberação nº 085 de abril de 2004 que inclui o terapeuta ocupacional no roteiro de inspeção para os Serviços de Atenção à Saúde do Deficiente Mental e Autismo;
- a necessidade de organizar e regulamentar o atendimento à saúde da pessoa com Deficiência Mental e Autismo
- a necessidade de critérios e controle para o credenciamento das unidades prestadoras de serviço e qualificação do atendimento em saúde;
- a necessidade de estabelecer mecanismos de avaliação, supervisão e acompanhamento da assistência prestada à pessoa com deficiência mental e autismo; e
- a aprovação da CIB-SUS/MG em sua 152ª Reunião Ordinária, ocorrida em 21 de outubro de 2009.

Delibera:

Art.1º Fica aprovada a redefinição das normas de organização e normas de atendimento da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Mental e Autismo do SUS-MG nos termos desta Deliberação.



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

Art. 2º São critérios a serem utilizados pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e Secretarias Municipais de Saúde para credenciamentos das Unidade Prestadora de Serviço/UPS da Rede Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Mental e Autismo de que trata esta Deliberação:

I - necessidade de cobertura assistencial, principalmente nas regiões com vazios assistenciais;

II – Plano Diretor de Regionalização/PDR;

III - capacidade técnica e operacional dos serviços.

§1º As Macrorregiões identificadas com vazios assistenciais encontram-se dispostas no Anexo I desta Deliberação.

§ 2º Os recursos financeiros destinados ao custeio das UPS localizadas nas Macrorregiões descritas no § 1º, do Art. 2º desta Deliberação, são provenientes das UPS que realizam os procedimentos descritos no Art. 4º desta Deliberação e que não se adequaram aos critérios estabelecidos nesta Deliberação, no prazo de 90 (noventa) dias e/ou provenientes da alocação de novos recursos financeiros.

Art. 3º Entende-se por UPS aquela unidade que ofereça atenção integral em saúde com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento das necessidades das pessoas com deficiência mental e autismo;

§ 1º Todas as UPS da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Mental e Autismo serão compostas por equipe mínima formada pelos seguintes profissionais:

- I. - Neurologista e/ou Psiquiatra;
- II. - Clínico e/ou Pediatra;
- III. - Psicólogo;
- IV. - Fonoaudiólogo;
- V. - Assistente Social;
- VI. - Fisioterapeuta;
- VII. - Terapeuta Ocupacional;
- VIII. - Pedagogo.

§ 2º Cada UPS deverá atender aproximadamente 100 usuários/mês garantindo a integralidade do serviço (diagnóstico, tratamento clínico e reabilitação) por equipe.



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

§ 3º Quando o número de usuários exceder o parágrafo acima o número de profissionais da equipe deverá também ser alterado na mesma proporção.

§ 4º As UPS credenciadas pela SES-MG terão o mesmo nível de complexidade pelos serviços prestados.

Art. 4º As Unidades Prestadoras de Serviço – UPS da Rede Estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Mental e Autismo deverão estar articuladas com as equipes do Programa de Saúde da Família para desenvolver ações de atenção básica, prevenção e encaminhamento ambulatorial.

Art. 5º Caberá ao município garantir o acesso aos Serviços Auxiliares de Diagnostico e Terapia em conformidade com a PPI/MG, compreendendo:

I - Patologia Clínica;

II - Radiologia;

III - Ultra-sonografia.

Art. 6º Ficam definidos os seguintes procedimentos para a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Mental e Autismo, constantes na Portaria MS/GM nº 1.635 de 12 de setembro de 2002 e a Portaria MS/GM nº 321 de 15 de fevereiro de 2007 que estabelece a tabela unificada.

I. 03.01.07.002-4 (Acompanhamento de Paciente em Reabilitação em Comunicação Alternativa);

II. 03.01.07.004-0 (Acompanhamento Neuropsicológico de Paciente em Reabilitação);

III. 03.01.07.005-9 (Acompanhamento Psicopedagógico de Paciente em Reabilitação);

IV. 03.01.07.007-5 (Atendimento/Acompanhamento de Paciente em Reabilitação do Desenvolvimento Neuropsicomotor);

V. 02.11.10.001-3 (Aplicação de Teste para Psicodiagnóstico);

VI. 03.01.04.003-6 (Terapia em Grupo);

VII. 03.01.04.004-4 (Terapia Individual);

VIII 03.01.07.006-7 (Atendimento/Acompanhamento a Paciente que demande Cuidados Intensivos de Reabilitação Visual/Mental/Múltiplas Deficiências);



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

IX -03.01.08.016-0 (Atendimento em Psicoterapia de Grupo);

X - 03.01.08.017-8 (Atendimento Individual em Psicoterapia);

XI - 03.01.01.016-1 (Consulta/Atendimento Domiciliar na Atenção Especializada).

XII- 030107008-3 – Atendimento em oficina terapêutica I para portador de necessidades especiais

XIII- 030107009-1 – Atendimento em oficina terapêutica II para portador de necessidades especiais, por equipe multiprofissional, realizado em grupo (mínimo 05, máximo 15 pessoas).

Parágrafo único. Os procedimentos descritos nos incisos I a IV, VIII, XII e XIII somente poderão ser executados pelos Serviços credenciados pela SES-MG na Rede Estadual de Atenção ao Deficiente Mental e Autismo.

Art. 7º Cada usuário do serviço deverá ter um prontuário único contendo:

- I. - identificação do paciente com descrição feita em linguagem clara e sem rasuras
- II. - anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- III. - avaliação inicial multiprofissional e interdisciplinar;
- IV. - atendimentos propostos;
- V. - objetivo geral e específico do tratamento;
- VI. - evolução clínica mensal do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos realizados e identificação dos profissionais que os realizaram;
- VII. - medicamentos utilizados e suas dosagens;
- VIII. - projeto terapêutico e de inclusão social, promovendo interface com setores/comunidade;
- IX. - abordagem familiar;
- X - proposta de alta ou encaminhamento.

Art. 8º Fica definido o Roteiro de Inspeção e Análise Técnica das UPS que prestam assistência em Saúde da Pessoa com Deficiência Mental e Autismo, conforme Anexo II desta Deliberação, para realização de vistoria conjunta da Vigilância Sanitária Estadual e Municipal, e emissão de parecer conclusivo quanto ao credenciamento da UPS.



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

Art. 9º Compete à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais através da Coordenadoria de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência/CASPPD da Superintendência de Atenção à Saúde/SAS realizar a análise técnica dos processos de credenciamento dos serviços na Rede Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Mental e Autismo, bem como o monitoramento e acompanhamento da referida Rede.

§ 1º A CASPPD/SAS/SES-MG credenciará todas as UPS aptas a comporem a Rede.

§ 2º A contratação das UPS que estão localizadas em municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal/GPSM ficará a cargo do respectivo município.

Art. 10 Fica revogada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 57 de 11 de novembro de 2003.

Art.11 Esta Deliberação será reavaliada no período de 01 (um) ano, a contar da data de sua publicação, para análise dos impactos nos municípios com UPS credenciadas.

Art. 12 Esta deliberação entra em vigor na data de sua publicação

Belo Horizonte, 21 de outubro de 2009.

**MARCUS PESTANA
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, GESTOR DO SUS/MG E
COORDENADOR DA CIB-SUS/MG**

ANEXO I DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 593, DE 21 DE OUTUBRO DE 2009.

Macrorregiões com vazios assistenciais na Rede Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Mental e Autismo

| |
|----------------------|
| Macrorregião |
| Centro |
| Jequitinhonha |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| |
|----------|
| Leste |
| Sudeste |
| Norte |
| Nordeste |
| Oeste. |

ANEXO II DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 593, DE 21 DE OUTUBRO DE 2009.

ROTEIRO DE INSPEÇÃO E ANÁLISE TÉCNICA DAS INSTITUIÇÕES QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA AO DEFICIENTE INTELLECTUAL E COM TRANSTORNO INVASIVO DO DESENVOLVIMENTO

Data da inspeção: ____/____/____

Nome da Unidade: _____

CNPJ: _____

Razão Social: _____

CNES: _____

Tipo de Prestador / Natureza:
 Federal Estadual Municipal Filantrópico Privado

GRS: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Telefone: _____ Fax: _____

Responsável técnico: _____



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

| | | |
|--|---|--|
| | <p><u>RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO</u> (PRESIDENTE/DIRETOR)</p> <p>Nome: Conselho (Nº): C.I: CPF: Cargo em Função: Carga Horária:</p> | <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> |
| | <p><u>MÉDICO NEUROLOGISTA</u></p> <p>Nome: Nº do CRM: CI: CPF: Carga Horária:</p> | <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> |
| | <p><u>FISIOTERAPEUTA</u></p> <p>Nome: Nº do CREFITO: CI: CPF: Carga Horária:</p> | <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> |
| | <p><u>FONOAUDIÓLOGO</u></p> <p>Nome: Nº do CRF: CI: CPF: Carga Horária:</p> | <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> |



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

| | | |
|--|---|--|
| | <p><u>PEDAGOGO</u></p> <p>Nome: Nº certificado no Conselho: CI: CPF: Carga Horária:</p> | <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> |
| | <p><u>PSICÓLOGO</u></p> <p>Nome: Nº do CRP: CI: CPF: Carga Horária:</p> | <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> |
| | <p><u>TERAPEUTA OCUPACIONAL</u></p> <p>Nome: Nº do CREFITO: CI: CPF: Carga Horária:</p> | <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> |
| | <p><u>ASSISTENTE SOCIAL</u></p> <p>Nome: Nº do CRSS: CI: CPF: Carga Horária</p> | <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> |



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

| | | |
|--|--|---|
| | <u>MÉDICO PEDIATRA</u> Nome: Nº certificado no CRM: CI: CPF: Carga Horária: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| | <u>MÉDICO PSIQUIATRA</u> Nome: Nº do CRM: CI: CPF: Carga Horária: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| | <u>CLÍNICO GERAL</u> Nome: Nº do CRM: CI: CPF: Carga Horária: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| | <u>OUTROS</u> Nome: Nº do Conselho Profissional: CI: CPF: Carga Horária: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |



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

| | |
|---|---|
| <u>OUTROS</u> Nome: Nº do Conselho Profissional: CI: CPF: Carga Horária: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| <u>OUTROS</u> Nome: Nº do Conselho Profissional: CI: CPF: Carga Horária: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |

1) INSTALAÇÕES FÍSICAS:

| | |
|--|------------|
| 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 | Sim Não |
| B) Sala para consulta médica | Sim Não |
| C) Sala para avaliação e atendimento individual | Sim Não |
| D) Área (pátio) para desenvolvimento de atividades em grupo, orientação familiar e reunião de equipe | Sim Não |
| E) Sanitários independentes e adaptados ao uso de pessoas com deficiência | Sim |



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

| | |
|--|------------|
| | Não |
| F) Área para desenvolvimento de atividade de cinesioterapia | Sim Não |
| G) Piso e paredes de material claro, resistente e lavável | Sim Não |
| H) Áreas de apoio (recepção, sala de espera, DML, materiais e equipamentos, arquivo e registro de pacientes) isoladas da área de assistência | Sim Não |

2)EQUIPAMENTOS E/OU RECURSOS:

| | |
|---|------------|
| Mesa com 04 cadeiras (adulto) | Sim Não |
| Colchonete de espuma (1,90 x 0,89 x 0,05) | Sim Não |
| Espelho com rodízio | Sim Não |
| Espelho fixo 1,30 x 1,50 | Sim Não |
| Tábua de equilíbrio retangular | Sim Não |
| Mesa com 04 cadeiras (infantil) | Sim Não |
| Rolo Bobath de 20cm | Sim Não |
| Rolo tipo feijão 40cm | Sim Não |
| Bola Bobath (tamanho médio e grande) | Sim |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| | |
|--|------------|
| | Não |
| Jogos pedagógicos | Sim Não |
| Brinquedos pedagógicos | Sim Não |
| Escada de canto com rampa e corrimão | Sim Não |
| Cadeira de roda adulto e infantil | Sim Não |
| Tapete antialérgico | Sim Não |
| Mesa com 12 cadeiras | Sim Não |
| Prateleira e/ou estante | Sim Não |
| Aparelho de pressão | Sim Não |
| Balança para peso e medida (infantil e adulto) | Sim Não |
| Balanço proprioceptivo | Sim Não |
| Cadeira Higiênica | Sim Não |
| Barra paralela dupla | Sim Não |
| Material para atividades de coordenação MMS | Sim Não |
| Pares de alteres de 01 e 02 kg | Sim |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| | |
|--------------|------------|
| | Não |
| Estetoscópio | Sim Não |
| Negatoscópio | Sim Não |
| Otoscópio | Sim Não |
| | |