

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**CRITÉRIOS E PARÂMETROS PARA O
PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO
DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO
ÂMBITO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

PARÂMETROS SUS 

**BRASÍLIA - DF
2015**

SÉRIE
PARAMETROS
SUS - Vol. 1



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE**

**CRITÉRIOS E PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO E
PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO
ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
PARÂMETROS SUS**

**BRASÍLIA - DF
2015**

SÉRIE
PARAMETROS
SUS - Vol. 1



© 2015 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 10.000 exemplares
Série Parâmetros SUS, v.1.

Elaboração, distribuição e Informações:

MINISTERIO DA SAUDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
Setor de Administração Federal Sul - SAF/SUL, Quadra 2
Edifício Premium, Torre II – 3º Andar – Sala 305 –
CEP 70070-600 - Brasília/DF

Fone: (61) 3315-5870
Site: www.saude.gov.br/drac
E-mail: drac@saude.gov.br

Organização:

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC

Elaboração:

Os Critérios e Parâmetros apresentados neste documento é resultado dos trabalhos desenvolvidos pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde que possuem interfaces com os processos de Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde

Parceiros / colaboradores:

Universidade Federal de Minas Gerais
Universidade Estadual do Rio de Janeiro
Universidade Federal de Goiás

Editora responsável:

MINISTERIO DA SAUDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação

E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.
Série Parâmetros SUS –Volume 1.
1. Planejamento em saúde. 2. Parâmetros Assistenciais 3. Avaliação em Saúde. 4. Gestão em Saúde. 5. Indicadores de Saúde. 6. Indicadores de Gestão

APRESENTAÇÃO

É com muita satisfação que apresento aos gestores, técnicos de planejamento e programação, profissionais de saúde do SUS, e à sociedade brasileira em geral, o produto da revisão dos parâmetros de planejamento e programação das ações e serviços de saúde.

Buscou-se definir aproximações às necessidades de saúde da população pensadas independente de restrições financeiras, séries históricas da oferta de serviços ou outros condicionantes. Rompe-se, assim, com a lógica restritiva e de controle que permeou a elaboração dos parâmetros de programação no país, desde a Portaria MPAS N° 3046, de 20 de julho de 1982, que teve grande influência nos primórdios do SUS, até a Portaria GM n° 1101, de 12 de junho de 2002.

O trabalho foi realizado com base em um amplo levantamento da produção científica nacional e internacional sobre as evidências científicas e os critérios utilizados no dimensionamento das necessidades em saúde em outros países com sistemas de saúde centrados na *Atenção Básica*. Promoveu também comparações entre sistemas municipais de saúde com ampla cobertura pela *Estratégia de Saúde da Família* e que contam com *Complexos Reguladores* já consolidados, além de desenvolver modelos de simulação que dessem conta da enorme complexidade envolvida nos fenômenos da demanda e oferta em saúde.

As necessidades de saúde devem ser o grande balizador para a reorganização dos modelos de atenção e dos sistemas municipais e regionais de saúde e sua estimativa deve desafiar permanentemente os gestores, conselhos e trabalhadores da saúde, entidades representativas dos profissionais e dos doentes, e a sociedade civil em geral, na construção de progressivos consensos sobre a organização do sistema de saúde e dos serviços que ele deve prover.

A presente revisão envolveu a maioria das áreas técnicas do Ministério da Saúde, em parceria com o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON- da Universidade Federal de Minas Gerais, que sistematizou os achados científicos e desenvolveu as metodologias e modelos matemáticos que orientaram as propostas, validadas internamente e por sugestões recebidas em decorrência da Consulta Pública SAS n°06/2014.

Para facilitar o trabalho dos técnicos foram coligidas as portarias que contém parâmetros de programação, em geral de caráter normativo e que refletem exigências mínimas para o credenciamento/habilitação de serviços, diferenciando dos demais parâmetros, esse com caráter de recomendação e meramente indicativos.

Esse esforço representa um primeiro passo num processo que se pretende permanente de contínuo aperfeiçoamento dos critérios e referenciais quantitativos que devem orientar as estimativas de necessidades de saúde da população brasileira, que deem conta da enorme complexidade inerente ao perfil econômico, demográfico e epidemiológico das regiões brasileiras, marcado pelas profundas desigualdades sociais, que refletem diretamente nos níveis de saúde e bem estar de seus habitantes.

Por tudo isso, propomos enfaticamente a instituição de um processo permanente de revisão e aprofundamento dos parâmetros de programação, ampliando-se progressivamente seu escopo para abranger a qualidade dos serviços de saúde, a segurança dos pacientes e a percepção e as expectativas dos cidadãos quanto à suficiência e qualidade dos serviços a serem ofertados a todos, balizando sempre o desenvolvimento harmônico entre as Regiões de Saúde numa perspectiva universal e igualitária.

Ao referendar essas recomendações baseadas em necessidades de saúde reafirmamos nossa certeza num futuro do sistema público de saúde equânime, com oferta suficiente de serviços em todo o território nacional, para todos os brasileiros e brasileiras.

ARTUR CHIORO
MINISTRO DA SAÚDE

SUMÁRIO

Portaria GM/MS nº. 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015.....	7
INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 1 - PARÂMETROS POR ÁREAS TEMÁTICAS	11
I - Atenção à gravidez, parto e puerpério	12
II - Atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	17
Diabetes Mellitus	18
Hipertensão Arterial	21
Insuficiência Cardíaca	23
Aneurisma de Aorta Abdominal	24
Ataque Isquêmico Transitório	25
Acidente Vascular Encefálico	26
Doença Arterial Coronariana	26
Doença Renal Crônica	28
Doença Arterial Obstrutiva Periférica	29
Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas	29
III - Eventos de Relevância para a Vigilância em Saúde	31
Doenças Sexualmente Transmissíveis	32
Hepatites Virais	39
Hanseníase	47
Dengue	51
Tuberculose	55
Leishmaniose Visceral	58
Menigite	61
Malária	63
IV - Atenção à saúde bucal	68
V - Atenção especializada	71

VI - Atenção hospitalar (Leitos e Internações)	78
VII - Equipamentos	90
VIII - Hematologia e Hemoterapia	95
CAPÍTULO 2 - Coletânea de normas, critérios e parâmetros vigentes e com caráter normativo para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde que constam em Políticas já regulamentadas pelo Ministério da Saúde	102
1 - Atenção Básica - Especificidades da Equipe de Saúde da Família	102
2 - Atenção Básica - Especificidades da Estratégia de agentes Comunitários de Saúde	103
3 - Atenção Básica - Equipes de atenção básica para populações específicas	103
4 - Atenção Básica - Núcleos de Apoio à Saúde da Família	104
5 - Atenção Básica - Programa Nacional de Telessaúde	105
6 - Média e Alta complexidade – Saúde Auditiva	106
7- Média e Alta complexidade – Tratamento Reparador em Portadores HIV/AIDS	106
8 - Média e Alta complexidade – Assistência Oftalmológica	107
9- Média e Alta complexidade –Assistência Cardiovascular	108
10 - Média e Alta complexidade – Assistência Neurocirurgia	111
11 – Oferta do Trombolítico Tenecteplase no SAMU	111
12 – Transplantes	112
13 - Oncologia	115
14 - Ortopedia	118
15 - Rede De Atenção Psicossocial	119
16 - Rede Cegonha.....	122
17- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	123
18 - Rede de Urgência e Emergência	124
19 – Serviço de Atenção Domiciliar	132
Referências	133
Anexo	136

PORTARIA N.º 1.631 DE 1 DE OUTUBRO DE 2015

Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a necessidade de subsidiar o cálculo das estimativas de necessidades de saúde da população, prevista no Art. 17 da Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, na medida em que os parâmetros incorporam e especificam os critérios contidos naquele artigo, bem como os critérios dispostos no art. 35 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando a necessidade de articulação com o Mapa da Saúde, conforme previsto no Art. 17 do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde;

Considerando a necessidade de subsidiar a definição de critérios que orientem a programação de recursos destinados a investimentos que visem reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde, como previsto no Parágrafo Segundo do Art. 17 da Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012;

Considerando a Portaria n.º 2.135/GM/MS, de 25 de setembro de 2013, que estabelece que, entre outros, são pressupostos do planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) e o planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas;

Considerando a pactuação das diretrizes e proposições metodológicas da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde, ocorrida na 5ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em 26 de julho de 2012;

Considerando a ampla discussão sobre o estabelecimento de parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, que possibilitou a participação efetiva da comunidade técnico-científica, das entidades de classe, dos profissionais de saúde, dos gestores do SUS e da sociedade em geral, na sua formulação, através da Consulta Pública n.º 06/SAS/MS, de 12 de março de 2014;

Considerando a necessidade, requerida pelos gestores e pela sociedade em geral, da revisão dos parâmetros de atenção à saúde em uso no Sistema Único de Saúde, em face dos desenvolvimentos tecnológicos e das evidências científicas acumuladas, voltando sua utilização como estimadores das necessidades de saúde da população; e

Considerando a necessidade de subsidiar com critérios e parâmetros os processos de planejamento, programação, monitoramento e avaliação, bem como informar as ações de controle e regulação no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º Ficam aprovados os CRITÉRIOS E PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO

AMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – “PARAMETROS SUS”

Art. 2º O documento de que trata esta Portaria encontra-se disponível no endereço eletrônico: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/drac/cgpas/>

Art. 3º 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.

Art. 4º Os parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde.

§ 1º 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.

§ 2º. Excetuam-se deste caput, os critérios e parâmetros constantes do Capítulo II do documento de que trata esta Portaria: *Coletânea de normas, critérios e parâmetros vigentes e com caráter normativo para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde que constam em Políticas já regulamentadas pelo Ministério da Saúde*, disponível no endereço eletrônico: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/drac/cgpas/>, por possuírem regras para habilitação e/ou credenciamento no âmbito do SUS.

Art. 5º Cabe à Secretaria de Atenção à Saúde, a responsabilidade pela gestão e articulação das áreas técnicas do Ministério da Saúde para a revisão periódica dos Critérios e Parâmetros estabelecidos.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Fica revogada a Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002, publicada no Diário Oficial da União – DOU nº 112, de 13 de junho de 2002, seção 1, páginas 36-42.

ARTUR CHIORO
MINISTRO DA SAÚDE

PORTARIA publicada do DOU n.º. 189, em 02/10/2015

INTRODUÇÃO

UMA NOVA LÓGICA PARA OS PARÂMETROS ASSISTENCIAIS NO BRASIL

A tradição da saúde pública no Brasil denomina “parâmetros” as recomendações técnicas, geralmente de caráter normativo, expressas em concentrações per capita desejadas para serviços de saúde. A introdução dos parâmetros no balizamento da programação em saúde tem origem no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, extinto em 1994. Em 1982, O INAMPS editou a Portaria 3.046, com os “parâmetros” que iriam orientar o cálculo das metas da Programação e Orçamentação Integrada (POI) no período das Ações Integradas de Saúde (AIS).

Marco importante na história dos parâmetros assistenciais na saúde, a Portaria 3.046/1982 estabeleceu os chamados “parâmetros de cobertura” de consultas médicas, exames complementares e internações voltados à população de beneficiários do sistema de previdência social, bem como “parâmetros de produtividade“, ou seja, número de consultas/médico/hora e internações leito/ano, destinados a estimar a capacidade de produção de serviços assistenciais das instituições contratadas. Esses critérios teriam, à época, um caráter restritivo e racionalizador do uso dos recursos e um aspecto francamente normativo, que marcou a prática de programação dos recursos para a assistência à saúde nas décadas seguintes.

Em 2002, quase quinze anos após a reforma sanitária que criou o Sistema Único de Saúde, a edição da Portaria 1.101 representou uma atualização nos parâmetros de produção de serviços contidos na Portaria 3.046/1982. No entanto, a nova norma reproduziu a lógica de pagamento por procedimentos e de parâmetros voltados à indução do crescimento de alguns serviços e inibição de outros, sem basear-se em evidências científicas acerca do volume de serviços necessários para o controle de condições de saúde específicas e para o atendimento às necessidades de saúde da população.

Mais recentemente, a partir do Pacto pela Saúde, foi introduzido um cálculo de necessidades de saúde na metodologia da Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI Assistencial) com base em recomendações das áreas técnicas do Ministério da Saúde (Portaria GM 1097 de 22 de maio de 2006). No entanto, esse processo não foi precedido de uma discussão mais aprofundada que permitisse um “olhar” às evidências internacionais e parâmetros mais condizentes com a realidade brasileira.

Agora, com a aprovação deste Caderno de Parâmetros, que também é resultado dos estudos apresentados na Consulta Pública SAS 06/2014 de 12/03/2014 (em anexo) está sendo proposto uma nova lógica de definição dos parâmetros da atenção para as necessidades de saúde, trazendo elementos que embasem estimativas de oferta desejada de um rol de ações e serviços com vistas à minimização de riscos, agravos, condições clínicas ou doenças de conjuntos populacionais.

Tal processo pretende caminhar na direção de uma atenção de qualidade, com garantia da integralidade e continuidade do cuidado, com base em evidências científicas da eficácia das tecnologias adotadas, e levando em conta o padrão de desenvolvimento tecnológico, econômico e social do país.

Na realização dos estudos que embasaram as proposições de parâmetros de planejamento e programação de ações e serviços de saúde deste Caderno, partiu-se de alguns pressupostos, que se constituíram em diretrizes orientadoras da lógica proposta:

Redução das desigualdades:

O reconhecimento das profundas desigualdades no acesso aos serviços de saúde no país obriga a elaboração de propostas que induzam o crescimento da oferta adequada de serviços de saúde em todas as regiões do território nacional, de forma a que se busque um perfil de oferta mais harmônico.

Reorientação para as necessidades:

Conforme já se salientou, proposições anteriores de parâmetros objetivaram

fortemente a racionalização do uso dos recursos disponíveis, funcionando como limites forçados delimitados pela capacidade de financiamento da época. O contexto atual do desenvolvimento econômico e social do país sinaliza para o crescimento sustentado da economia a médio prazo, acenando com forte pressão para o crescimento quantitativo da oferta de serviços de saúde, aliado a crescentes demandas pela melhoria da qualidade dos mesmos.

Assim, a busca do presente processo é não apenas romper com a tradicional fixação das proposições de parâmetros simplesmente pelo ajuste dos valores das séries temporais da oferta dos serviços, mas reorientar a lógica de definição dos parâmetros de atenção a partir da avaliação das necessidades em saúde, com base em métodos epidemiológicos, qualitativos e comparativos para a descrição dos problemas de saúde de uma população. Isso permite não apenas a otimização dos recursos disponíveis ou a serem desenvolvidos, mas principalmente, a identificação de iniquidades de acesso e a definição de prioridades para alocação de recursos (WRIGHT, J. et al., 1998).

Procurou-se tratar na proposição dos parâmetros, exclusivamente, de necessidades de serviços de saúde. Mesmo esse escopo mais limitado desse complexo objeto engloba um amplo conjunto de questões que profissionais de saúde, gestores e planejadores costumam delimitar de forma diferente do que seriam as expectativas das pessoas que recorrem a esses serviços buscando apoio para resolver uma extensa gama de problemas.

A análise detida de sistemas municipais de saúde que contam com complexos reguladores implantados há longo período e com coberturas expressivas do Programa de Saúde da Família serviram como referenciais privilegiados para comparação e fixação dos parâmetros (benchmarking), reconhecendo-se as limitações diversas inerentes a essa metodologia, como os distintos perfis epidemiológicos, demográficos, formação médica e traços culturais das populações, que modificam o perfil da demanda e da utilização dos serviços de saúde.

Regionalização:

A necessidade de coordenação entre os sistemas municipais no caso da atenção especializada é evidente, visto que a maioria dos municípios dispõe apenas de serviços básicos, devendo os serviços ser providos em municípios da mesma Região de Saúde ou mesmo de outras regiões. O planejamento das estruturas sanitárias e dos fluxos de usuários deve ser objeto do Planejamento Regional Integrado, bem como a fixação dos quantitativos de metas de atendimentos e correspondentes recursos para a cobertura de custeio a ser fixado em Contratos Organizativos de Ação Pública - COAP.

Por fim, estes parâmetros pretendem contribuir na definição dos critérios de planejamento da localização geográfica dos recursos da atenção especializada, que e devem ser complementados com diversos outros critérios e parâmetros de qualidade dos serviços, segurança dos usuários, segurança dos trabalhadores da saúde, necessidade de transporte sanitário, sistemas de comunicação, assistência farmacêutica, normas construtivas e de equipamentos e dispositivos e insumos sanitários, conformando os padrões de estrutura e funcionamento das Redes de Atenção.

A Secretaria de Atenção à Saúde ficará responsável pela gestão e articulação das áreas técnicas do Ministério da Saúde para a revisão periódica dos parâmetros deste Caderno.

CAPÍTULO 1

PARÂMETROS POR ÁREAS TEMÁTICAS

Os critérios e parâmetros para o planejamento e a programação das ações e serviços de atenção a saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS deste capítulo são referenciais quantitativos indicativos 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.

Cabe ressaltar que o conteúdo apresentado não possui caráter impositivo ou obrigatório. Corresponde a indicativos que visam à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde. Pode 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 critérios e parâmetros que se seguem abrangem as seguintes áreas temáticas e está dividido em seções:

- I. Atenção à gravidez, parto e puerpério;
- II. Atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT);
- III. Eventos de Relevância para a Vigilância em Saúde;
- IV. Atenção à saúde bucal;
- V. Atenção especializada;
- VI. Atenção hospitalar;
- VII. Equipamentos
- VIII. Hematologia e Hemoterapia.

Seção I

Atenção à gravidez, parto e puerpério – Rede de Atenção Materno-Infantil

Quadro 1 - Parâmetros Populacionais da Rede de Atenção Materno-Infantil - proposições relacionadas aos parâmetros primários que definem a população alvo das ações propostas.

População alvo	Parâmetro proposto
Estimativa de total de gestantes	Nascidos vivos do ano anterior + 5% = Nascidos Vivos do ano anterior \times 1,05 * ➤ Conforme a Portaria SAS/MS nº 650 de 05/10/2011 que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha, para a estimativa total de gestante, também pode ser considerado para determinado territórios: “Número de nascidos vivos do ano anterior + 10%” .
Gestantes de Risco Habitual	85% das gestantes estimadas
Gestantes de Alto Risco	15% das gestantes estimadas
Estimativa do número total de recém-nascidos	Número de nascidos vivos no ano anterior + proporção de nascimentos não registrados (= SINASC \times Fator de correção do sub-registro 1,05 *)
Estimativa do número total de crianças de 0 a 12 meses	Número de nascidos vivos no ano anterior + proporção de nascimentos não registrados - número de óbitos ocorridos no período neonatal (= Nascidos vivos SINASC \times fator correção sub-registro \times 0,99)
Estimativa do número total de crianças de 12 a 24 meses	Número de nascidos vivos no ano anterior + proporção de nascimentos não registrados - proporção de nascidos vivos que morreram no primeiro ano de vida (=nascidos vivos SINASC \times fator correção sub-registro \times 0,98)
População feminina em idade fértil	0,33 \times (População total TCU projetada de acordo com taxa de crescimento populacional no último período publicado)

* Valor médio Brasil: para uma melhor aproximação, verificar a estimativa de sub-registro de Nascidos Vivos nas publicações da RIPSa (Rede Interagencial de Informações para a Saúde) - <http://www.ripsa.org.br/category/publicacoes-ripsa/>

Quadro 2 - Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil para todas as gestantes

POPULAÇÃO ALVO: todas as gestantes

NÍVEL DE ATENÇÃO	PROCEDIMENTO	PARÂMETRO PROPOSTO
AB - Atenção Básica AAE - Atenção Ambulatorial Especializada	Consulta médica (pré-natal)	3 consultas/gestante
	Consulta de puerpério	1 consulta/gestante
	Consulta de enfermagem	3 consultas/gestante
	Consulta odontológica	1 consulta/gestante
	Ações educativas Unid/gestante	4 reuniões/ gestante
	ABO	1 exame / gestante
	Fator RH	1 exame / gestante
	Teste <i>Coombs</i> indireto para RH negativo	1 exame/30% total gestantes
	EAS	2 exames / gestante
	Glicemias	1 exame / gestante ➤ Conforme a Portaria SAS/MS nº 650 de 05/10/2011 que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha, para a quantidade de exame de Glicemia por gestante, também pode ser considerado: “ 2 exames / gestante “.
	Dosagem proteinúria-fita reagente	1 exame/30% total gestantes
	VDRL	2 exames / gestante
	Hematócrito	2 exames / gestante
	Hemoglobina	2 exames / gestante
	Sorologia para toxoplasmose (IGM)	1 exame / gestantes que nunca realizaram o exame, ou que não tenham exame positivo em outras gestações
	HBSAg	1 exame / gestante
	Anti-HIV1 e Anti-HIV2	2 exames / gestante
	Eletroforese de hemoglobina	1 exame / gestante
	Ultrassom obstétrico	1 exame / gestante
	Citopatológico cérvico-vaginal	1 exame / gestante
Cultura de bactérias para identificação (urina)	1 exame / gestante	

Quadro 3 - Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil para as gestantes de alto risco

POPULAÇÃO ALVO: gestantes de alto risco

NÍVEL DE ATENÇÃO	PROCEDIMENTO	PARÂMETRO PROPOSTO
AB - Atenção Básica	Consulta especializada obstetrícia	5 consultas/gestante
	Teste de tolerância à glicose	1 teste/gestante de alto risco
	ECG-Eletrocardiograma	1 exame/30% gestantes alto risco
	Ultrassom obstétrico com Doppler	1 exame/gestante de alto risco
AAE - Atenção Ambulatorial Especializada	Ultrassom obstétrico	2 exame/gestante de alto risco
	Tocardiografia ante-parto	1 exame/gestante de alto risco
	Contagem de plaquetas	1 exame/30% gestantes alto risco
	Dosagem de ureia, creatinina e ácido úrico	1 exame/gestante de alto risco
	Consulta psicossocial	1 consulta/gestante
	Dosagem de proteínas	1 exame/gestante de alto risco

Quadro 4 a. - Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil para crianças de 0-12 meses

POPULAÇÃO ALVO: crianças de 0 a 12 meses

NÍVEL DE ATENÇÃO	PROCEDIMENTO	PARÂMETRO PROPOSTO	
AB - Atenção Básica	Visita domiciliar ao RN na primeira semana	1 visita na 1ª semana de vida	
	Consulta médica para RN >2500 g	RN com peso ≥ 2.500g (92% da população alvo) = 3 consultas/ano	
	Consulta enfermagem para RN >2500 g	RN com peso ≥ 2.500g (92% da população alvo) = 4 consultas/ano	
	Consulta médica para RN <2500 g	RN com peso < 2.500g (8% da população alvo) = 7 consultas/ano	
	Consulta enfermagem para RN <2500 g	RN com peso < 2.500g (8% da população alvo) = 6 consultas/ano	
	Acompanhamento específico do RN egressos de UTI de até 24 meses	De acordo com necessidade	
	Vacinação básica	de acordo com o protocolo de vacinação	
	Teste do pezinho (*)	1 exame até o 7º dia	
	AAE - Atenção Ambulatorial Especializada	Teste da orelhinha (*)	1 exame. Dependendo do diagnóstico, pré-teste com especialista
		Teste do olhinho (*)	4º, 6º, 12º e 25º meses. 1º teste deve ser realizado logo após o nascimento.
		Sulfato ferroso	Profilaxia dos 6 aos 18 meses
		Vitamina A	Em áreas endêmicas
		Consulta odontológica	2 consultas/ano - a partir do 1º dente e aos 12 meses
Exames (apoio diagnóstico e terapêutico)		De acordo com diagnóstico e necessidade	
Consultas de especialidades		De acordo com diagnóstico e necessidade	
Consulta /atendimentos de reabilitação	De acordo com diagnóstico e necessidade		
Atividade educativa em grupo nas unidades básicas de saúde para mães de crianças menores de 1 ano	2 a.e./população coberta/ano		

(*) Observações:

Conforme a Portaria SAS/MS nº 650 de 05/10/2011 que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha:

- a atual orientação da área Técnica para o Teste do Pezinho é de que o primeiro teste seja realizado do 3º ao 5º dia;
- a Diretriz de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal – orienta a realização do primeiro exame do teste da orelhinha entre 24 a 48 horas após o nascimento e no máximo no primeiro mês de vida;
- as Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: Detecção e Intervenção Precoce para a Prevenção de Deficiências Visuais – orienta, além do teste do olhinho padrão descrito na tabela acima, a Triagem oftalmoscopia indireta (Fundo de Olho) para Crianças Pré-maturas com Peso ao nascer < 1500g e/ou IG < 35 semanas, 2 a 3 vezes ao ano nos 2 primeiros anos de vida.

Quadro 4 b. - Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil para crianças de 12 a 24 meses

POPULAÇÃO ALVO: crianças de 12 a 24 meses

NÍVEL DE ATENÇÃO	PROCEDIMENTO	PARÂMETRO PROPOSTO
AB - Atenção Básica	Consulta médica	2 consulta/ano
	Consulta de enfermagem	1 consultas/ano
	Consultas de especialidades	De acordo com diagnóstico e necessidade
	Atividade educativa em grupo nas unidades básicas de saúde para mães de crianças de 1 a 10 anos	1 a.e./população coberta/ano
AAE - Atenção Ambulatorial Especializada	Vacinação básica	De acordo com protocolo de vacinação
	Exames (apoio diagnóstico e terapêutico)	De acordo com diagnóstico e necessidade
	Consulta /atendimentos de reabilitação	De acordo com diagnóstico e necessidade
	Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura)	De acordo com diagnóstico e necessidade

Quadro 5 - Parâmetros de infraestrutura para assistência da Rede de Atenção Materno-Infantil para todas as gestantes

INFRA ESTRUTURA	ESPECIFICAÇÃO	PARÂMETRO PROPOSTO
CENTRO DE PARTO NORMAL	População de 100 a 350 mil hab.	1 CPN-Centro de Parto Normal
	População de 350 a 1 milhão de hab.	2 CPN-Centros de Parto Normal
	População maior de 1 milhão de hab.	3 CPN-Centros de Parto Normal
	População maior de 2 milhões de hab.	4 CPN-Centros de Parto Normal
	População maior de 6 milhões de hab.	5 CPN-Centros de Parto Normal
	População maior de 10 milhões de hab.	6 CPN-Centros de Parto Normal
CASA DE GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA	01 Casa de Gestante, Bebê e Puérpera	20 leitos para gestantes de alto risco, puérperas e RN
LEITOS	Leitos obstétricos	$\{ \text{Gestantes Estimadas} \times 2,5 \text{ dias (média de permanência)} / [365 \text{ dias} \times 0,70 \text{ (taxa ocupação } 70\% *)] \} \times 1,21 \text{ (ajuste para outros procedimentos obstétricos)} = [(NV \times 1,05) \times 2,5] / (365 \times 0,70) \times 1,21$ <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conforme a Portaria SAS/MS nº 650 de 05/10/2011 que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha, para a quantidade de leitos obstétricos, também pode ser considerado para determinado territórios: “ 0,28 leitos por 1000 habitantes usuários SUS ”
	Leitos obstétricos (GAR)	10% do total de leitos obstétricos necessários, na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço; <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conforme a Portaria SAS/MS nº 650 de 05/10/2011 para a quantidade de leitos GAR, pode ser considerado para determinado territórios: 15% do total de leitos obstétricos necessários, na região, também devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.
	UTI adulto **	1 a 2% dos leitos obstétricos necessários na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conforme a Portaria SAS/MS nº 650 de 05/10/2011 para a quantidade de leitos UTI ADULTO, pode ser considerado para determinado territórios: 6% do total de leitos obstétricos necessários, na região, também devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.
	UTI neonatal **	02 leitos de UTI neonatal para cada 1.000 nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço
	UCI neonatal	03 leitos de UCI neonatal para cada 1.000 nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço
	Leito canguru	01 leito Canguru para cada 1.000 nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.

Observação: (*) uma Taxa de Ocupação Hospitalar mais precisa pode ser calculada utilizando-se a metodologia de estimativa de leitos hospitalares contida nesta Portaria.

Observação : (**) Na Portaria GM MS 930 de 10 de maio de 2012 estão dispostos critérios e parâmetros de serviços para Habilitação de leitos de UTI, em especial no artigo 7º que diz: “ O número de leitos de Unidades Neonatal atenderá ao seguinte parâmetro de necessidade populacional: para cada 1000 (mil) nascidos vivos poderão ser contratados 2 (dois) leitos de UTIN, 2 (dois) leitos de UCINCo e 1 (um) leito de UCINCa. ”

Seção II

Atenção às pessoas com Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) –Doenças Crônicas Renocardiovasculares

Quadro 6 - Composição da população brasileira por estratos definidos para programação da assistência às condições crônicas.

Especificação	% da população total	por 1.000 habitantes	População de referência para uma ESF – Estratégia da Saúde da Família
População total	100,00%	1000	2.000*
População >18 anos	70,49%	705	1.410
População 20 anos ou mais	66,99%	670	1.340
População 35 anos ou mais	41,22%	412	824
Homens 35 anos ou mais	19,23%	192	385
População 45 anos ou mais	27,06%	271	541
Mulheres 45 anos ou mais	14,29%	143	286
População 55 anos ou mais	15,12%	151	302
Homens de 55 a 74 anos	5,68%	57	114
Homens com 65 anos	0,28%	3	6
Homens de 65 a 74 anos	2,04%	20	41
Mulheres de 65 a 74 anos	2,46%	25	49

Observação: Estimativas mais precisas podem ser obtidas com as projeções populacionais elaboradas pelo IBGE, disponíveis no site do DATASUS.

* Portaria 2355/2013: “Art. 1º Fica alterado o cálculo do teto máximo de Equipes de Saúde da Família, com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, o qual passará a ser obtido mediante a seguinte fórmula: $População/2.000$ ”.

2.1 - Diabetes Mellitus

Quadro 7 - Estratificação de risco de indivíduos com relação ao Diabetes Mellitus

RISCO	Critérios (Controle glicêmico – HbA1c –, complicações e capacidade para o autocuidado*) Onde: HbA1c = hemoglobina glicosilada
Baixo	Pessoa com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose
Médio	Pessoa com DM diagnosticado e: <ul style="list-style-type: none">• Controle metabólico (HbA1c <7,5) e pressórico adequados• Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses• Sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia)
Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: <ul style="list-style-type: none">• Controle metabólico ($7,5 < \text{HbA1c} < 9$) ou pressórico inadequado, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)
Muito Alto (Gestão de caso)	Pessoa com DM diagnosticado e: <ul style="list-style-type: none">• Mau controle metabólico (HbA1c >9) ou pressórico apesar de múltiplos esforços prévios;• Múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses;• Síndrome arterial aguda há menos de 12 meses – AVC, acidente isquêmico transitório (AIT), IAM, angina instável, doença arterial periférica (DAP) com intervenção cirúrgica;• Complicações crônicas severas – doença renal estágios 4 e 5, pé diabético de risco alto, ulcerado ou com necrose ou com infecção;• Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras);• Risco social – idoso dependente em instituição de longa permanência; pessoas com baixo grau de autonomia, incapacidade de autocuidado, dependência e ausência de rede de apoio familiar ou social

Quadro 8 - Parâmetros de prevalência total e por estrato de risco de indivíduos com relação ao Diabetes Mellitus na atenção primária à saúde para a organização da rede de atenção

POPULAÇÃO ALVO: 18 anos e mais

DIABÉTICOS: prevalência média Brasil = 6,9% da população de 18 anos e mais

RISCO	PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA
Baixo	20% dos diabéticos
Médio	50% dos diabéticos
Alto	25% dos diabéticos
Muito alto	5% dos diabéticos
Total	(6,9% da população de 18 anos e mais)

OBSERVAÇÃO: As taxas de prevalência por estados e por sexo, com os respectivos intervalos de confiança, estimadas pela Pesquisa Nacional de Saúde MS-IBGE 2013 estão disponíveis em ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/tabelas_pdf/3_doencas_cronicas.pdf

Quadro 9 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de Diabetes Mellitus, por grupos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo situação do domicílio - 2013.

Situação do domicílio	Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de diabetes (%)								
	Total			Grupos de idade					
	Proporção	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	Intervalo de confiança de 95%	
		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior
Brasil	6,2	5,9	6,6	0,6	0,4	0,8	5,0	4,6	5,5
Urbana	6,5	6,1	6,9	0,6	0,3	0,8	5,3	4,8	5,8
Rural	4,6	4,0	5,2	0,8	0,3	1,3	3,6	2,9	4,3
Situação do domicílio	Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de diabetes (%)								
	De 60 a 64 anos			De 65 a 74 anos			Com 75 anos ou mais		
	Proporção	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	Intervalo de confiança de 95%	
		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior
Brasil	14,5	12,5	16,4	19,9	17,9	22,0	19,6	17,1	22,1
Urbana	14,6	12,4	16,8	20,9	18,6	23,2	21,5	18,7	24,4
Rural	13,7	9,3	18,0	14,4	10,7	18,0	9,0	5,0	13,0

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde IBGE,2013. Tabela original, adaptada.

Quadro 10 - Parâmetros para diagnóstico e acompanhamento do Diabetes Mellitus – Estimativa de necessidades anuais por diabético

Categoria Exame / procedimento	Procedimento - SIGTAP	Parâmetro (média por paciente ao ano) - Estrato de Risco			
		Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
Exames de patologia clínica	02.02.01.047-3 - Dosagem de glicose	1	1	2	2
	02.02.01.029-5 - Dosagem de colesterol total	0,5	1	1	1
	02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	0,5	1	1	1
	02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	0,5	1	1	1
	02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicerídeos	0,5	1	1	1
	02.02.01.050-3 - Dosagem de hemoglobina glicosilada	2	2	4	4
	02.02.01.031-7 - Dosagem de creatinina	1	1	2	4
	02.02.05.001-7 - Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	1	1	1	2
	02.02.05.009-2 - Dosagem de microalbumina na urina*	1	1	1	1
Oftalmológicos**	02.11.06.010-0 - Fundoscopia	1	1	1	1
	02.11.06.017-8 – Retinografia colorida binocular	1	1	1	1
	04.05.03.004-5 - Fotocoagulação a laser	0,2	0,2	0,2	0,4
Diagnose em cardiologia	02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma	1	1	1	2

Observações:

(*) A dosagem de microalbumina na urina de 12 ou 24 horas tem sido substituída pela dosagem de albumina em amostra de urina isolada e também pela Relação Albumina/Creatinina em amostra isolada de urina: “ao menos uma vez ao ano, avaliação quantitativa de albumina urinária (por exemplo, Razão Albumino-Creatinina - UACR) e estimativa da taxa de filtração Glomerular (Egfr) em pacientes com Diabetes Tipo I com duração maior ou igual a 5 anos e em todos os pacientes com Diabetes Tipo II” (American Diabetes Association - Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care Volume 38, Supplement 1, January 2015.

Disponível em <http://professional.diabetes.org/admin/UserFiles/0%20-%20Sean/Documents/January%20Supplement%20Combined_Final.pdf>.)

(**) “Se não há evidência de retinopatia em um ou mais exames oftalmológicos realizados em seguida, a realização de exames a cada 2 anos podem ser considerada. Se a retinopatia diabética é presente, exames subsequentes para pacientes com tipo 1 e tipo 2 diabetes devem ser repetidos anualmente por um oftalmologista ou optometrista. Se a retinopatia estiver progredindo e ameaçando a visão, mais exames podem estar indicados” (American Diabetes Association - Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care Volume 38, Supplement 1, January 2015.

Disponível em <http://professional.diabetes.org/admin/UserFiles/0%20-%20Sean/Documents/January%20Supplement%20Combined_Final.pdf>.)

2.2 - Hipertensão Arterial

Quadro 11 - Estimativa de casos de Hipertensão Arterial na população brasileira,
POPULAÇÃO ALVO: 18 anos e mais

HIPERTENSOS: 21,4% da população de 18 anos e mais*

RISCO	PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA
Baixo	40% dos hipertensos
Moderado	35% dos hipertensos
Alto	25% dos hipertensos
Total	(21,4% da população de 18 anos e mais)

* Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

Quadro 12 - Morbidade referida para Hipertensão Arterial - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, por grupos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo situação do domicílio - 2013

Situação do domicílio	Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial (%)								
	Total			Grupos de idade					
	Proporção	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	Intervalo de confiança de 95%	
		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior
Brasil	21,4	20,8	22,0	2,8	2,4	3,3	20,6	19,8	21,4
Urbana	21,7	21,0	22,3	2,7	2,3	3,1	20,9	20,0	21,8
Rural	19,8	18,6	21,0	3,7	2,5	4,9	18,9	17,4	20,4
Situação do domicílio	Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial (%)								
	Grupos de idade								
	Proporção	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	Intervalo de confiança de 95%	
		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior
Brasil	44,4	41,4	47,4	52,7	50,1	55,4	55,0	51,8	58,3
Urbana	44,2	40,9	47,6	54,1	51,2	57,0	58,0	54,4	61,5
Rural	45,2	39,3	51,0	44,8	38,7	50,9	39,0	31,7	46,3

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde IBGE, 2013. Tabela original, adaptada.

Quadro 13 - Parâmetros para ações de diagnóstico de Hipertensão Arterial e fatores de risco para DCV-Doenças Cardiovasculares

Ação	População alvo	Procedimento(s)	Periodicidade
Rastreamento do diabetes tipo II	100% dos hipertensos	Glicemia de jejum	anual
Diagnóstico da dislipidemia	100% dos hipertensos	Colesterol Total, Colesterol LDL, Colesterol HDL, Triglicerídeos	anual
Diagnóstico da retinopatia	100% dos hipertensos	Fundoscopia	anual
Diagnóstico da nefropatia	100% dos hipertensos	Creatinina, urina rotina	anual
Avaliação de hipertensão secundária	100% dos hipertensos	Potássio	anual
Diagnóstico de cardiopatia hipertensiva	100% dos hipertensos	Eletrocardiograma	anual

Quadro 14 - Parâmetros para exames laboratoriais, oftalmológicos e de diagnóstico em cardiologia para pacientes com Hipertensão Arterial

Categoria Exame / procedimento	Procedimento – SIGTAP	Parâmetro (média por paciente ao ano)
Exames de patologia clínica	02.02.01.047-3 - Dosagem de glicose	1
	02.02.01.029-5 - Dosagem de colesterol total	1
	02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	1
	02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	1
	02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicerídeos	1
	02.02.01.031-7 - Dosagem de creatinina	1
	02.02.05.001-7 - Análise de caract. físicos, elementos e sedimento da urina	1
	02.02.01.060-0 - Dosagem de potássio	1
Oftalmológicos	02.11.06.010-0 - Fundoscopia	1
Diagnose em cardiologia	02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma	1

2.3 - Insuficiência Cardíaca (IC)

Quadro 15 - Estimativa de casos para programação da assistência à Insuficiência Cardíaca - IC

POPULAÇÃO ALVO: 55 anos e mais

CATEGORIA	PARÂMETRO
Casos novos de ICC- INCIDÊNCIA	0,87% da população com 55 anos e mais
PREVALÊNCIA	2,46% da população com 55 anos e mais

Quadro 16 - Parâmetros para diagnóstico e estadiamento da Insuficiência Cardíaca-IC
/Necessidade de procedimentos

Categoria Exame / procedimento	Procedimento - SIGTAP	Parâmetro (média por paciente ao ano)
Exames de patologia clínica	02.02.06.025-0 - Dosagem do hormônio tireo-estimulante (TSH)	1
	02.02.01.063-5 - Dosagem de sódio sérico	1
	02.02.05.001-7 - Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	1
	02.02.01.060-0 - Dosagem de potássio	1
	02.02.03.077-6 – Pesquisa de anticorpos IGG Antitrypanosoma cruzi	1
	02.02.03.104-7 – Pesquisa de Trypanosoma cruzi (por imunofluorescencia))	1
Radiodiagnóstico	02.04.03.015-3- Raio X de tórax em 2 incidências (PA e perfil)	1
Diagnose em cardiologia	02.11.02.003-6 – Eletrocardiograma de repouso	1
	02.11.02.001-0 – Cateterismo cardíaco	0,16
	02.05.01.003-2 - Ecocardiografia transtorácica	1

Quadro 17 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Insuficiência Cardíaca - IC de origem **não** isquêmica ou valvar ou de causa indefinida / Necessidade de procedimentos

Categoria Exame / procedimento	Procedimento - SIGTAP	Parâmetro (média por paciente ao ano)
Exames de patologia clínica	02.02.01.060-0 - Dosagem de Potássio	1
	02.02.01.031-7 - Creatinina	1
Exame de Imagem	02.05.01.003-2 - Ecocardiografia transtorácica	0,1

Quadro 18 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Insuficiência Cardíaca - IC de origem isquêmica ou valvar ou de causa indefinida / Necessidade de procedimentos

Categoria Exame / procedimento	Procedimento - SIGTAP	Parâmetro (média por paciente ao ano)
Exames patologia clínica	02.02.01.060-0 - Dosagem de Potássio	1
	02.02.01.031-7 - Creatinina	1
Exame de Imagem	02.05.01.003-2 - Ecocardiografia transtorácica	0,1

2.4 - Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA)

Quadro 19 - Estimativa de casos para programação da assistência ao Aneurisma da Aorta Abdominal -AAA

POPULAÇÃO ALVO: Homens de 65 a 74 anos

CATEGORIAS	PARÂMETRO
População a rastrear: Homens de 65 a 74 anos, sejam fumantes (10,6%) ou ex-fumantes (56,7%)	67,3% dos homens de 65 a 74 anos
RISCOS	PARÂMETRO
Pacientes com aneurismas de 30 a 40 mm	5,83% dos rastreados
Pacientes com aneurismas de 40 mm a 54 mm	1,9% dos rastreados
<i>Obs 1</i>	<i>Pacientes com aneurismas de 40 a 54 mm com necessidade de reparo cirúrgico em 60% a cada 5 anos de "follow-up".</i>
Pacientes com aneurismas > 54 mm	0,27% dos rastreados
<i>Obs 2</i>	<i>Pacientes com aneurismas > 54 mm devem ser encaminhados à cirurgia vascular (100%)</i>

Quadro 20 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Aneurisma de Aorta Abdominal / Necessidade de procedimentos

Categoria Exame / procedimento	Procedimento - SIGTAP	Parâmetro (média por paciente ao ano)
Exames de imagem	02.05.02.003-8 – Ultrassonografia de Abdômen Superior (para rastreio)	1,0
	02.05.02.003-8 – Ultrassonografia de Abdômen Superior (para controle aneurisma 30 a 40 mm)	0,3
	02.05.02.003-8 – Ultrassonografia de Abdômen Superior (para controle aneurisma 40 a 54 mm)	1,0
Cirurgia	(Forma 040602) Cirurgia vascular para paciente com aneurisma 40 a 54 mm que evolui para > 54 mm	1,0
	(Forma 040602) Cirurgia vascular para paciente com aneurisma > 54 mm	0,2

2.5 - Ataque Isquêmico Transitório (AIT)

Quadro 21 - Estimativa de casos para programação da assistência ao Ataque Isquêmico Transitório -AIT

POPULAÇÃO ALVO: 35 anos ou mais

CATEGORIA	PARÂMETRO
Casos novos de AIT - INCIDÊNCIA	0,112% da população com 35 anos e mais
Pacientes com AIT que não apresentam diagnóstico causal após os estudos iniciais	0,038% da população com 35 anos e mais

Quadro 22 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Ataque Isquêmico Transitório / Necessidade de procedimentos

Categoria Exame/ procedimento	Procedimento - SIGTAP	Parâmetro (média por paciente ao ano)
Exames de patologia clínica	02.02.02.038-0 – Hemograma	1
	02.14.01.001-5- Glicemia	1
	02.02.01.031-7 – Dosagem de creatinina	1
	02.02.02.014-2 - Dosagem do tempo de protrombina (RNI)	1
	02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	1
	02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	1
Diagnose em cardiologia	02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicerídeos	1
	02.05.02.006-2- Ultrassom de artérias vertebrais	1
	02.05.01004-0 - Ultrassom de artérias carótidas	1
	02.06.01.007-9 - TC de crânio	1
	02.11.02.003-6- ECG de repouso	1
	02.05.01.001-6 – Ecocardiografia	0,34
	02.11.02.004-4 – Holter	0,34

2.6 - Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Quadro 23 - Estimativa de casos para programação da assistência ao Acidente Vascular Encefálico AVE

POPULAÇÃO ALVO: 45 anos ou mais

CATEGORIA	PARÂMETRO
Casos novos de AVE - INCIDÊNCIA	0,525% da população com 45 anos e mais

Quadro 24 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Acidente Vascular Encefálico / Necessidade de procedimentos

Categoria Exame / procedimento	Procedimento – SIGTAP	Parâmetro (média por paciente ao ano)
Exames de patologia clínica	02.02.01.031-7 – Dosagem de creatinina	1
	02.02.02.014-2 - Dosagem do tempo de protrombina (RNI)	0,15/mês
	02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	1
	02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	1
Diagnose em cardiologia	02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicérides	1
	02.05.02.006-2- Ultrassom de artérias vertebrais	1
	02.05.01.04-0 - Ultrassom de artérias carótidas	1

2.7 - Doença Arterial Coronariana (DAC)

Quadro 25 - Estimativa de casos para programação da assistência à Doença Arterial Coronariana – DAC

POPULAÇÃO ALVO: 45 anos e mais

CATEGORIA	PARÂMETRO
Casos novos de ICO (DAC) INCIDÊNCIA	0,43% da população com 45 anos e mais
Portadora de ICO (DAC) PREVALÊNCIA	10,99% da população com 45 anos e mais

Quadro 26 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Doença Arterial Coronariana DAC (ICO), primeiro atendimento, diagnóstico e estadiamento, na Atenção Primária / Necessidade de procedimentos

Categoria Exame / procedimento	Procedimento – SIGTAP	Parâmetro (média por paciente ao ano))
Exames de patologia clínica	02.02.02.038-0 - Hemograma	1
	02.14.01.001-5- Glicemia	1
	02.02.01.031-7 – Dosagem de creatinina	1
	02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	1
	02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	1
	02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicerídeos	1
	02.02.06.025-0 - Dosagem de hormônio tireo-estimulante (TSH)	1
Diagnose em cardiologia	02.11.02.006-0 - Teste de esforço	0,98
	02.05.01.001-6 - Ecocardiografia de estresse (farmacológico ou físico)	0,05
	02.11.02.003-6- Ecocardiograma	0,95
	02.11.02.003-6- ECG de repouso	1

Quadro 27 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Doença Arterial Coronariana DAC (ICO), acompanhamento do paciente com doença coronariana estável – Atenção Primária, Atenção Especializada, NASF / Necessidade de procedimentos

Categoria Exame / procedimento	Procedimento - SIGTAP	Parâmetro (média por paciente ao ano)
Exames de patologia clínica	02.02.02.038-0 - Hemograma	1
	02.14.01.001-5- Glicemia	1
	02.02.01.031-7 – Dosagem de creatinina	1
	02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	1
	02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	1
	02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicerídeos	1
Exames de Imagem	02.11.02.003-6- Ecocardiograma	0,1
	02.11.02.003-6- ECG de repouso	0,1

2.8 - Doença Renal Crônica (DRC)

Quadro 28 - Parâmetros propostos para estimar a prevalência de pacientes com Doença Renal Crônica – DRC definidos por estratos de estágios

POPULAÇÃO ALVO: 20 anos e mais

Estratos	Descrição simplificada	PARÂMETRO
Estágio 1	Fase de lesão com função renal normal	9,6 % da população de 20 anos e mais
Estágio 2	Fase de insuficiência renal funcional ou leve	0,9 % da população de 20 anos e mais
Estágio 3	Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada	1,5 % da população de 20 anos e mais
Estágio 4	Fase de insuficiência renal clínica ou severa	0,1 % da população de 20 anos e mais
Estágio 5	Fase terminal de insuficiência renal crônica	Vide tabela 28 B

Quadro 28 B - Estimativa de casos para programação da assistência à pacientes em Diálise - Estágio 5 da DRC

CATEGORIA	PARÂMETRO
Incidência anual estimada de pacientes novos em Diálise	0,014 % da população com 20 anos e mais
Prevalência estimada de pacientes em Diálise	0,075 % da população com 20 anos e mais
Óbitos Estimados	0,013 % da população com 20 anos e mais

Quadro 29 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Doença Renal Crônica, segundo os estágios / Necessidade de procedimentos

Categoria Exame / procedimento	Procedimento - SIGTAP	DRC em geral	Estágio I	Estágio II	Estágio III	Estágio VI
Exames laboratoriais	02.02.05.001-7 - Análise do sedimento urinário	1	1	1	1	4
	02.02.05.009-2 - Microalbuminúria	1	1	1	2 (*)	2
	02.02.01.063-5 - Dosagem de sódio sérico	1	0	0	0	0
	02.02.01.060-0 - Dosagem de potássio sérico	1	0	0	1	4
	02.02.01.073-2 - Gasometria venosa	1	0	0	1	2
	02.02.01.031-7 - Dosagem de creatinina sérica	1	1	1	2	4
	02.02.02.030-4 - Dosagem de hemoglobina e hematócrito	1	0	0	1	4
	02.02.02.030-4 - Dosagem de paratormônio sérico	1	0	0	1	2
	02.02.01.022-8 - Dosagem de cálcio iônico sérico	1	0	0	1	4
	02.02.05.009 - Dosagem de albumina sérica	1	0	0	1	2
	02.02.01.038-4 - Ferritina	1	0	0	1 (**)	4 (**)
	02.02.01.066-0 - Índice de saturação de Transferrina	1	0	0	1 (**)	4 (**)
	02.02.03.029-6 - Anti-HIV	1	0	0	0	0
	02.02.09.009-4 - Uréia	1	1	1	2	4
	02.02.01.043-0 - Fósforo	1	0	0	1	4
	02.02.03.063-6 - Anti Hbs	1	0	0	0	1
	02.02.03.067-9 - Anti Hcv	1	0	0	0	0
02.02.03.097-0 - HBsAg	1	0	0	0	0	
02.02.01.076-1 - Vitamina D	1	0	0	0	0	
Exame de imagem	02.05.02.0046 - Ultrassom rins e vias urinárias	1	0	0	0	1

Observações:

(*) Microalbuminúria Estágio 3: a dosagem será semestral se RAC > 30mg/g de creatinina

(**) Ferritina e Índice de saturação de Transferrina no caso de pacientes com anemia.

2.9 - Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP)

Quadro 30 - Estimativa de casos para programação da assistência à Doença Arterial Obstrutiva Periférica - DAOP

POPULAÇÃO ALVO: Homens de 55 a 74 e Mulheres de 65 a 74 anos

CATEGORIA	PARÂMETRO
Casos novos de DAOP-INCIDÊNCIA	0,053% da população Homens de 55 a 74 e Mulheres de 65 a 74 anos

Quadro 31 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Doença Arterial Obstrutiva Periférica / Necessidade de procedimentos

Categoria Exame / procedimento	Procedimento - SIGTAP	Parâmetro (média por paciente ao ano)
Exames de patologia clínica	02.02.05.001-7 - Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	1
	02.02.01.027-9 - Dosagem de colesterol HDL	1
	02.02.01.028-7 - Dosagem de colesterol LDL	1
	02.02.01.067-8 - Dosagem de triglicérides	1
	02.02.01.031-7 - Dosagens de creatinina	1
	02.05.01.004-0- Ultrassom Doppler colorido de vasos (membros inferiores)	0,7

2.10 - Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC)

Quadro 32 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas –DPOC definidos por estratos de estágios

POPULAÇÃO ALVO: 35 anos e mais

Casos novos de DPOC -INCIDENCIA: 0,85% da população de 35 anos e mais

RISCO	PARÂMETRO
Grau I (Leve)	64% da população alvo com DPOC
Grau II (Moderado)	29,7% da população alvo com DPOC
Grau III e IV (Grave e Muito Grave)	6,3% da população alvo com DPOC
Total	0,85% da população com 35 anos e mais

Quadro 33 - Parâmetros propostos para diagnóstico, estadiamento e acompanhamento de pacientes com Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas –DPOC definidos por estratos de estágios / Necessidade de procedimentos

Categoria Exame / procedimento	Parâmetro (média por paciente ao ano), por estágios			
	Diagnóstico/estadiamento	Estágio I	Estágio II	Estágios III e IV
Exame clínico na AB	1	-	-	-
Espirometria na AB	0,25*	-	-	-
Raio-X de tórax	1	-	-	-
Vacinação anti-pneumocócica e contra influenza	-	1	1	1
Acompanhamento clínico	-	1	1	1
Consulta pneumologia	-		1	1
Espirometria	-	1	1	1

Observação:

(*) O número de espirometrias para diagnóstico deve ser fixado segundo a capacidade técnica (disponibilidade de equipamento e pessoal técnico habilitado para a realização do teste), de forma que a população alvo não sintomática possa ser submetida ao teste em um período de 3 a 4 anos

Seção III

Parâmetros Assistenciais Eventos de Relevância para a Vigilância em Saúde;

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) priorizou duas ações do Componente de Vigilância em Saúde, da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), para rever a parametrização assistencial vigente. São eles: Diagnóstico laboratorial de eventos de interesse de Saúde Pública e Oferta de tratamento clínico e cirúrgico para doenças de interesse de Saúde Pública. Nessa fase, a SVS trabalhou os seguintes eventos:

- Doenças Sexualmente Transmissíveis:
 - HIV/Aids em Adulto;
 - Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis;
 - Prevenção do HIV/Aids, sífilis, Hepatites Virais e HTLV.
- Hepatites Virais:
 - Hepatites B e C;
 - Prevenção das Hepatites Virais.
- Hanseníase.
- Dengue.
- Leishmaniose Visceral.
- Malária.
- Meningites.
- Tuberculose.

O formato de apresentação dos parâmetros possuem as seguintes variáveis:

Populações-alvo - descrição do recorte populacional alvo da intervenção, sem quantificação. A quantificação ocorre na etapa da programação, quando o município, região ou estado estima o número de residentes que atendem o recorte populacional estabelecido.

Ações – agrupamento de atividades assistenciais organizadas em quatro grupos: rastreamento / busca ativa; diagnóstico; tratamento; acompanhamento; prevenção. (**Obs.:** Exceto para as ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano).

Níveis de Atenção – nível de complexidade do sistema de saúde: Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica à Saúde (AB); Atenção Ambulatorial Especializada (AAE); Atenção Hospitalar (AH).

Procedimentos – identificação do procedimento assistencial constante da tabela do Sistema Único de Saúde, com enunciado simplificado.

Parâmetros Propostos – frequência indicada para realização do procedimento por caso, num determinado período temporal. Em virtude de especificidades clínicas, em relação a alguns procedimentos não é possível definir previamente a sua frequência. Nessas situações, foram registradas as seguintes expressões “Sempre que necessário” ou “Conforme indicação clínica”. Caberá ao município, região ou estado, no momento de sua programação, definir os quantitativos que serão necessários para cada procedimento, com base no quadro epidemiológico local e organização da rede assistencial.

Doenças Sexualmente Transmissíveis

3.1 - HIV/Aids em Adulto

3.1.1	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevalência de 0,5 % da população de 15 anos a 49 anos com diagnóstico de infecção pelo HIV.
	AÇÕES:	Acompanhamento - Abordagem inicial
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB, AAE
	PROCEDIMENTOS:	CRITÉRIOS e/ou PARÂMETROS PROPOSTOS
	Acolhimento - Consulta Médica	Abordagem inicial: Pacientes estáveis consulta médica/caso de 6/6 meses, se não, diminuir o intervalo das consultas.
	Exames	01 exame Hemograma/caso/ano
		01 exame Contagem de Linfócitos T CD4+ e carga viral do HIV/caso/ano
		01 exame Avaliação hepática e renal (AST, ALT, Cr, Ur, Na, K, exame básico de urina)/caso/ano
		01 exame parasitológico de fezes/caso/ano
		01 exame para o diagnóstico de sífilis.
		Obs: O diagnóstico de sífilis deve seguir o preconizado na Portaria 3242, de 30 de dezembro de 2011, ou outro documento que venha a substituí-la.
		01 exame para detectar anticorpos do tipo IgG para toxoplasma/caso/ano
		01 exame sorológico para HTLV I e II e para doença de Chagas/caso/ano
		01 exame para Dosagem de lipídios/caso/ano
		01 exame de Glicemia de jejum/caso/ano
		01 exame de Prova tuberculínica (PT)/caso/ano
		01 exame radiográfico de tórax./caso/ano
		Realizar 1 exame anti-HCV, anti-HAV, HBsAg, anti-HBcT, anti-HBs, IgG, toxoplasma que fazem parte da abordagem inicial

3.1.2	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevalência de 0,5 % da população de 15 anos a 49 anos com diagnóstico de infecção pelo HIV.
	AÇÕES:	Consulta médica - início tratamento e sequenciamento realizado na AAE. (A rede pode se organizar para o manejo do paciente ser realizado na AB)
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB, AAE
	PROCEDIMENTOS:	CRITÉRIOS e/ou PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta médica - início do tratamento realizado na AB	01 consulta médica/caso/ano.
	Consulta médica - início tratamento e sequenciamento realizado na AAE	Pacientes estáveis consulta médica/caso de 6/6 meses, se não, diminuir o intervalo das consultas.
	Exames	Exames Hemograma/caso a cada 3 a 6 meses.
		Exames de Contagem de LT--CD4+ /caso de 6/6meses. Acompanhar mudanças futuras, pois a indicação do CD4 irá ser bem mais restrita.
		Exames de Carga viral do HIV/PCR/caso/ cada 3-6 meses
		01 exames/ano para avaliação hepática e renal - AST, ALT, Cr, Ur, Na, K, exame básico de urina/caso/ano.
		03 exames Clearance da Creatinina ou Taxa de Filtração Glomerular/ caso/ano
		01 exame de Escore de risco cardiovascular de Framingham/caso/ano
		01 Exame de Prova Tuberculínica/caso/ano
		01 exame para o diagnóstico de sífilis/caso/ano
		Realizar controle com testes sorológicos não treponêmicos/paciente diagnosticado com sífilis após tratamento a cada 3 meses durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento a cada 6 meses até estabilização..
		01 exame de dosagem de Lipídios/caso/ano
		No PCDT está 6/6 meses.
		01 exame de Glicemia de jejum/caso/ano
		Exame de Densitometria óssea/caso de 2 a 5 anos em mulheres pós-menopausa e homens > 50 anos.
		02 exames de Fundoscopia (Fundo de olho) para indivíduos com LT-CD4+ < que 50 células/mm ³ /caso/ano

3.1.3	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevalência nacional de HIV na população feminina de 15 a 49 anos: 0,38% (Mulheres Vivendo com HIV/AIDS)
	AÇÕES:	Rastreamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB, AAE e AH
	PROCEDIMENTOS:	CRITÉRIOS e/ou PARÂMETROS PROPOSTOS
	Exames	01 exame de mamografia/caso/ano para mulheres acima de 40 anos.
		02 exame colpocitológico (preventivo do câncer de colo uterino)/caso/ano.
		Na presença de alterações patológicas pré-cancerosas, seguir normas técnicas preconizadas.
		01 exame de Toque retal/caso/ano
		01 exame citológico anal/caso/ano para todas as mulheres sexualmente ativas
		01 exame de anoscopia para presença de alterações patológicas quando for o caso
		02 exames para dosar alfa- fetoproteína e transaminases/caso/ano
		02 exames de ultrassom/caso/ano
3.1.4	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevalência de 0,5 % da população de 15 anos a 49 anos com diagnóstico de infecção pelo HIV.
	AÇÕES:	Prevenção-Imunização
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	CRITÉRIOS e/ou PARÂMETROS PROPOSTOS
	Administrar vacinas conforme calendário e doses preconizadas pelo Programa Nacional de Imunizações.	Todas as vacinas - observar recomendações do Protocolo Clínico
	Considerando contagem de LT-CD4	Tríplice viral - 2 doses/caso Com CD4 > 200
		Varicela - 2 doses/caso - Com CD4 > 200
		Vacinação do HPV- mulheres jovens de 9 a 26 anos de idade nas doses tradicionais
		Febre Amarela - 1 dose/caso Dupla adulto - 3 doses/caso; com reforço a cada 10 anos
		Haemophilus influenzae tipo b (Hib) - 2 doses/caso. Nos < 19 anos não vacinados
		Hepatite A - 2 doses (0 e 6 meses)/caso
		Hepatite B - Dose dobrada administrada em 4 doses (0, 1, 2 e 6 ou 12 meses)/caso
		Streptococcus Pneumoniae (23valente) - Nos casos com CD4 > 200 e 1 reforço apenas em 5 anos dose/caso
		Influenza - 1 dose/caso/ano

3.1.5	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevalência de 0,5 % da população de 15 anos a 49 anos com diagnóstico de infecção pelo HIV.
	AÇÕES:	Acompanhamento - Atendimento multiprofissional
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB, AAE
	PROCEDIMENTOS:	CRITÉRIOS e/ou PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consultas com profissionais de nível superior (exceto médicos) na AB	Farmacêutico - 4 consultas/caso/ano
		Enfermagem - 4 consultas/caso/ano
		Assistente social - 4 consultas/caso/ano
		Psicólogo - 12 consultas/caso/ano
		Nutricionista - 3 consultas/caso/ano
	Odontologia - 2 consultas/caso/ano	
	Fisioterapia - 2 consultas/caso/ano	
3.1.6	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevalência de 0,5 % da população de 15 anos a 49 anos com diagnóstico de infecção pelo HIV.
	AÇÕES:	Acompanhamento - Atendimento odontológico
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB, AAE e AH
	PROCEDIMENTOS:	CRITÉRIOS e/ou PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta odontológica - Métodos de higiene bucal	04 consultas odontológicas/caso/ano

3.2 - Transmissão vertical do HIV e da SÍFILIS

3.2.1	POPULAÇÕES-ALVO:	Gestantes : Nascidos vivos do ano anterior + 5%
	AÇÕES:	Prevenção
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	CRITÉRIOS e/ou PARÂMETROS PROPOSTOS
	Vacinação	Vacinar 100% das gestantes com esquema completo para DT (difteria, tétano) - mais de cinco anos fazer reforço/ esquema incompleto ou ignorado fazer 3 doses;

3.2.2	POPULAÇÕES-ALVO:	Gestantes : Nascidos vivos do ano anterior + 5%
	AÇÕES:	Diagnóstico
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	CRITÉRIOS e/ou PARÂMETROS PROPOSTOS
	Exames	02 testes rápidos de sífilis/gestante/ano, na 1ª consulta ou 1º trimestre e 3º trimestre de gestação.
		Obs. O diagnóstico de sífilis deve seguir o preconizado na Portaria 3242, de 30 de dezembro de 2011, ou outro documento que venha a substituí-la
		02 testes rápidos de HIV/gestante/ano, na 1ª consulta ou 1º trimestre e 3º trimestre de gestação, e ainda no momento do parto para aquelas que não tenham sido testadas para HIV no pré-natal ou que não disponham do resultado do mesmo para admissão para o parto.
		Obs. O diagnóstico do HIV deve seguir o preconizado no Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, aprovado pela Portaria nº29, de 17 de dezembro de 2013, ou por outro documento que venha a substituí-lo.

3.2.3	POPULAÇÕES-ALVO:	Gestantes com Sífilis: Prevalência nacional de sífilis entre gestantes de 15 a 49 anos = 0,85%
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Exames	Realizar controle com testes sorológicos não treponêmicos/paciente diagnosticado com sífilis após tratamento mensal durante o período gestacional. Continuar o controle de 3/3 meses após o parto durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento a cada 6 meses até estabilização.
		Teste não treponêmico quantitativo: 02 exames/parceiro sexual/ano;
	Dispensação de medicamentos	Penicilina: administrar em 100% das gestantes e em 100% dos parceiros sexuais;
	Consulta	06 consultas médicas /caso/ano (pré-natal)
		06 consultas enfermagem/caso/ano (pré-natal)

3.2.4	POPULAÇÕES-ALVO:	Gestantes com HIV: Prevalência nacional de HIV entre gestantes de 15 a 49 anos = 0,38%
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	SAE
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta	06 consultas médicas/caso/ano; 06 consultas enfermagem/caso/ano;

3.2.5	POPULAÇÕES-ALVO:	Gestantes com HIV: Prevalência nacional de HIV entre gestantes de 15 a 49 anos = 0,38%
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB/AAE
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Dispensação de medicamentos	Oferecer a 100 % das gestantes - terapia ARV tripla.
	Exames laboratoriais	CD4+: 03 exames /caso/ano; Carga viral: 03 exames /caso/ano

3.2.6	POPULAÇÕES-ALVO:	Gestantes com HIV: Prevalência nacional de HIV entre gestantes de 15 a 49 anos = 0,38%
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta	06 consultas médicas /caso/ano (pré-natal) 06 consultas enfermagem/caso/ano (pré-natal)

3.2.7	POPULAÇÕES-ALVO:	Gestantes com HIV: Prevalência nacional de HIV entre gestantes de 15 a 49 anos = 0,38%
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Administração de medicamentos	AZT intravenoso a 100 % das parturientes Cabergolina p/ inibição da lactação a 100 % das puérperas e fornecimento de 02 latas de fórmula láctea infantil para a mãe

3.2.8	POPULAÇÕES-ALVO:	Crianças menores de um ano de idade com sífilis congênita: taxa de incidência 0,47% dos nascidos vivos
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB/AAE
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consultas	09 consultas/caso/ano + 01 avaliação audiológica + 01 avaliação oftalmológica + 01 avaliação neurológica
	Exames	01 Hemograma/caso/ano;
		01 Radiografia dos ossos longos/caso/ano;
		01 Punção lombar/caso/ano (realizar mais 02 punções lombar, se líquido alterado)
		05 testes não treponêmicos quantitativos/caso/ano + realizar 01 teste treponêmico após 18 meses;
	Administração de medicamentos	Penicilina cristalina intravenosa: a 100% das crianças, 10 dias/criança/ano

3.2.9	POPULAÇÕES-ALVO:	Crianças de até 18 meses expostas ao HIV: Gestantes infectadas pelo HIV – taxa de detecção 0.25% dos nascidos vivos
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB/AAE
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Exames	05 hemogramas/caso/ano;
		03 provas de função hepática (AST, ALT, GGT, FA, bilirrubinas)/caso/ano;
		03 sorologias HIV/caso/ano Sempre que houver dúvidas em relação ao estado de infecção da mãe
		02 Cargas Virais/caso/ano;
		01 sorologia para toxoplasmose/caso/ano;
		01 sorologia para rubéola/caso/ano,
		01 sorologia para citomegalovírus/caso/ano;
		01 sorologia para herpes simples/caso/ano;
		02 exames de CD4/CD8/caso/ano;
		01 HTLV 1/2/caso/ano;
		04 glicemias/caso/ano

3.2.10	POPULAÇÕES-ALVO:	Crianças de até 18 meses expostas ao HIV: Gestantes infectadas pelo HIV – taxa de detecção 0.25% dos nascidos vivos
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAH/AAE
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consultas	09 consultas/caso/ano
	Dispensação de medicamentos	Oferecer a 100% das crianças expostas a profilaxia com antirretroviral, conforme protocolo vigente

3.3 - Hepatites Virais

3.3.1	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da população geral.
	AÇÕES:	Prevenção
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Vacinação contra hepatite B	Vacinar 100% da população até 49 anos, 100% dos que apresentam HBsAg e/ou anti-HBc negativos, 100% dos portadores de outras hepatopatias e 100% dos contatantes domiciliares e parceiros sexuais de portadores de hepatite B.
		Vacinar 100% da população acima de 49 anos que buscar a vacina independente da comprovação da indicação.
		Testar 100% dos vacinados, com esquema completo, para Anti-HBs, na faixa etária maior que 29 anos (3 doses).
	Vacinação contra hepatite A	Vacinar 100% da população com indicação clínica:
		• Hepatopatias crônicas de qualquer etiologia, inclusive portadores do HCV;
		• Portadores crônicos do HBV;
		• Coagulopatias;
		• Crianças menores de 13 anos com HIV/AIDS;
		• Adultos com HIV/aids que sejam portadores do HBV ou HCV;
• Doenças de depósito;		
• Fibrose cística;		
• Trissomias;		
• Imunodepressão terapêutica ou por doença imunodepressora;		
• Candidatos a transplante de órgão sólido, cadastrados em programas de transplantes;		
• Transplantados de órgão sólido ou de medula óssea;		
• Doadores de órgão sólido ou de medula óssea, cadastrados em programas de transplantes.		
3.3.2	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da população geral.
	AÇÕES:	Prevenção
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Imunoglobulina Anti-Hepatite B (HBIG)	Ofertar a imunoglobulina a 100% das pessoas nas seguintes situações especiais:
		• Prevenção da infecção perinatal pelo HBV;
		• Comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B;
• Vítimas de violência sexual;		
• Imunodeprimido após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados.		

3.3.3	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 100% da população INDIGENA.
	AÇÕES:	Prevenção
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Vacinação contra hepatite A	Vacinar 100% da população indígena.

3.3.4	POPULAÇÕES-ALVO:	Verificar dados locais relativos às Populações mais vulneráveis – (Índice local - prevenção) <ul style="list-style-type: none"> ➤ (Usuários de álcool e outras drogas, Profissionais do sexo, Gays e outros homens que fazem sexo com homens, Travestis e transexuais, Pessoas vivendo com HIV/Aids, População indígena, Pessoas privadas de liberdade, População em situação de rua.
	AÇÕES:	Prevenção
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Vacinação contra hepatite B	Vacinar 100% dos que apresentarem HBsAg e/ou anti-HBc negativos.
		Testar 100% dos vacinados, com esquema completo, para Anti-HBs, na faixa etária maior que 29 anos.
	Imunoglobulina Anti-Hepatite B (HBIG)	Ofertar a imunoglobulina a 100% das pessoas que se enquadrem nas seguintes situações especiais: <ul style="list-style-type: none"> • Prevenção da infecção perinatal pelo vírus da hepatite B; • Vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção por VHB; • Comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B; • Vítimas de violência sexual; • Imunodeprimido após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados.

3.3.5	POPULAÇÕES-ALVO:	Gestantes : Nascidos vivos do ano anterior + 5%
	AÇÕES:	Prevenção
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Vacinação contra hepatite B	Vacinar 100% das gestantes que apresentam HBsAg e/ou anti-HBc e/ou anti-HBs negativos, a partir do primeiro trimestre da gestação.

3.3.6	POPULAÇÕES-ALVO:	Recém-nascidos : Número de nascidos vivos no ano anterior + proporção de nascimentos não registrados = SINASC × Fator de correção do sub-registro 1,05
	AÇÕES:	Prevenção
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB/AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Vacinação contra hepatite B	Vacinar 100% dos RN com a primeira dose da vacina hepatite B (monovalente) na maternidade (primeiras 12 horas de vida) e completar o esquema vacinal com mais 3 doses (pentavalente) até o sexto mês de vida.

3.3.7	POPULAÇÕES-ALVO:	População de 12 meses até 24 meses: Número de nascidos vivos no ano anterior + proporção de nascimentos não registrados - proporção de nascidos vivos que morreram no primeiro ano de vida (nascidos vivos SINASC × fator correção sub-registro × 0,98).
	AÇÕES:	Prevenção
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	HBsAg	Testar 100% das crianças de 12 e 18 meses para o HBsAg de mães HBsAg positivas.
	Anti-HBs	Testar 100% das crianças de 12 e 18 meses para o anti-HBs de mães HBsAg positivas
	HBIG	Administrar uma dose de HBIG a 100% dos RN de mães HBsAg positivas (nas primeiras 12 horas de vida)
	Vacinação contra Hepatite A	Vacinar 100% da população de 12 meses até 24 meses.

3.3.8	POPULAÇÕES-ALVO:	Indivíduo portador de teste HBsAg reagente: Prevalência de hepatite B (HBsAg) para o conjunto da capitais + DF, 0,37% da população brasileira de 10 a 69 anos.
	AÇÕES:	Abordagem Inicial
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta médica	2 consultas (Inicial e Confirmação/Referência)
	Diagnóstico de Gestação - B-HCG	1/paciente (mulheres em idade reprodutiva)
	Marcadores Sorológicos -	
	HBsAg	consulta inicial (30 dias após primeiro exame de HBsAg)
	anti-HBc total	consulta inicial
	anti-HBc IgM	(Somente se anti-HBc total reagente e sintoma ou epidemiologia sugestiva de infecção aguda)

3.3.9	POPULAÇÕES-ALVO:	Verificar dados locais relativos aos pacientes portadores de Hepatite B Crônica sem Cirrose até 35 anos de idade
	AÇÕES:	Acompanhamento Ambulatorial
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE
A partir da disponibilidade dos dados locais:		
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta com profissional de nível superior, exceto médico	04 consultas/ano
	Consulta médica	a cada 6 meses
	Diagnóstico de Gestação - B-HCG	a cada 6 meses (mulheres em idade reprodutiva)
Marcadores Sorológicos		
	anti-HVA	1 exame/paciente (para determinar imunização)
	HBsAg	a cada 6 meses
	anti-HBs	a cada 6 meses
	anti-HBe	a cada 6 meses
	HBeAg	a cada 6 meses
	anti-HCV	a cada 12 meses
	anti-HDV	a cada 12 meses (somente pacientes que residem em área endêmica ou que apresentem antecedente epidemiológico correspondente)
	anti-HIV	a cada 12 meses
	Teste não treponêmico para Sífilis	a cada 12 meses
Biologia Molecular		
	HBV-DNA	a cada 6 meses
Hematologia		
	Hemograma Completo	a cada 6 meses
	Coagulograma	a cada 6 meses
	Ferritina, Ferro Sérico, Sat. Transferrina	a cada 12 meses
Função Renal		
	Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina	a cada 6 meses
	Exame de Urina	a cada 6 meses
Função Hepática		
	AST, ALT	a cada 6 meses
	Fosfatase Alcalina, Gama GT	a cada 6 meses
	Bilirrubina Total e Frações	a cada 6 meses
	Proteína Total, Albumina	a cada 6 meses
Risco Cardiovascular e Diabetes		
	Glicemia de Jejum	a cada 6 meses
	Colesterol Total e Frações, Triglicérides	a cada 12 meses
Investigação de Fibrose/Cirrose Hepática e Complicações		
	Endoscopia Digestiva Alta	a cada 12 meses
	Biópsia Hepática	Somente para elucidação diagnóstica de casos duvidosos com ALT elevada. A biópsia hepática é facultativa na Hepatite B.
Rastreio de Câncer Hepático		
	Ultrassonografia de Abdome Total	a cada 6 meses
	Alfafetoproteína	a cada 6 meses
Controle Complicações Terapia com Tenofovir		
	Densitometria Óssea	a cada 48 meses (somente pacientes em uso de Tenofovir)
Controle Complicações Terapia com Interferon Peguilado		
	TSH/T4L	a cada 3 meses
	Glicemia de Jejum	a cada 3 meses
	Diagnóstico de Gestação - B-HCG	a cada 6 meses (mulheres em idade reprodutiva)

3.3.10	POPULAÇÕES-ALVO:	Verificar dados locais relativos aos pacientes portadores de Hepatite B Crônica com Cirrose até 35 anos de idade
	AÇÕES:	Acompanhamento Ambulatorial
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE
A partir da disponibilidade dos dados locais:		
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta com profissional de nível superior, exceto médico	04 consultas/ano
	Consulta médica	a cada 3 meses
	Diagnóstico de Gestação - B-HCG	a cada 6 meses (mulheres em idade reprodutiva)
	Marcadores Sorológicos	
	anti-HVA	1 exame/paciente (para determinar imunização)
	HBsAg	a cada 6 meses
	anti-HBs	a cada 6 meses
	anti-Hbe	a cada 6 meses
	HbeAg	a cada 6 meses
	anti-HCV	a cada 12 meses
	anti-HDV	a cada 12 meses (somente pacientes que residem em área endêmica ou que apresentem antecedente epidemiológico correspondente)
	anti-HIV	a cada 12 meses
	Teste não treponêmico para Sífilis	a cada 12 meses
	Biologia Molecular	
	HBV-DNA	a cada 6 meses
	Hemograma Completo	a cada 4 meses
	Coagulograma	a cada 4 meses
	Ferritina, Ferro Sérico, Sat. Transferrina	a cada 12 meses
	Função Renal	
	Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina	a cada 4 meses
	Exame de Urina	a cada 4 meses
	Função Hepática	
	AST, ALT	a cada 4 meses
	Fosfatase Alcalina, Gama GT	a cada 4 meses
	Bilirrubina Total e Frações	a cada 4 meses
	Proteína Total, Albumina	a cada 4 meses
	Risco Cardiovascular e Diabetes	
	Glicemia de Jejum	a cada 4 meses
	Colesterol Total e Frações, Triglicérides	a cada 12 meses
	Investigação de Complicações de Cirrose Hepática	
	Endoscopia Digestiva Alta	a cada 6 meses
	Rastreamento de Câncer Hepático	
	Ultrassonografia de Abdome Total	a cada 6 meses
	Alfafetoproteína	a cada 6 meses

3.3.11	POPULAÇÕES-ALVO:	Verificar dados locais relativos aos pacientes portadores de Hepatite C (Indivíduo portador de teste anti-HCV reagente)
	AÇÕES:	Abordagem Inicial
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
A partir da disponibilidade dos dados locais:		
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta médica	2 consultas (Inicial e Confirmação/Referência)
	Diagnóstico de Gestação - B-HCG	consulta inicial (mulheres em idade reprodutiva)
	Marcadores Sorológicos	
	anti-HCV	consulta inicial (30 dias após primeiro exame de anti-HCV)
	HCV-RNA	Se confirmado anti-HCV reagente
	anti-HVA	1 exame/paciente (para indicar imunização)
	HBsAg	1 exame/paciente (para indicar imunização)
	anti-HBs	Confirmar imunização para Hepatite B

3.3.12	POPULAÇÕES-ALVO:	Verificar dados locais relativos aos pacientes portadores de Hepatite C Crônica sem Cirrose
	AÇÕES:	Acompanhamento Ambulatorial
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE/AC
A partir da disponibilidade dos dados locais:		
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta com profissional de nível superior, exceto médico	04 consultas/ano
	Consulta médica	a cada 6 meses
	Diagnóstico de Gestação - B-HCG	a cada 6 meses (mulheres em idade reprodutiva)
	Marcadores Sorológicos	
	anti-HIV	a cada 12 meses
	Teste não treponêmico para Sífilis	a cada 12 meses
	Biologia Molecular	
	HCV-RNA Quantitativo	até 3x/ano (pré, durante e pós-tratamento)
	Hematologia	Hemograma Completo
	Hemograma Completo	a cada 6 meses
	Coagulograma	a cada 6 meses
	Ferritina, Ferro Sérico, Sat. Transferrina	a cada 12 meses
	Função Renal	
	Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina	a cada 6 meses
	Exame de Urina	a cada 6 meses
	Função Hepática	
	AST, ALT	a cada 6 meses
	Fosfatase Alcalina, Gama GT	a cada 6 meses
	Bilirrubina Total e Frações	a cada 6 meses
	Proteína Total, Albumina	a cada 6 meses
	Risco Cardiovascular e Diabetes	
	Glicemia de Jejum	a cada 6 meses
	Colesterol Total e Frações, Triglicérides	a cada 12 meses
	Investigação de Fibrose/Cirrose Hepática e Complicações	
	Endoscopia Digestiva Alta	a cada 12 meses
	Biópsia Hepática	a cada 3-5 anos
	Controle Complicações Terapia com Interferon Peguilado	
	TSH/T4L	a cada 3 meses
	Glicemia de Jejum	a cada 3 meses
	Rastreio de Câncer Hepático	
	Ultrassonografia de Abdome Total	a cada 6 meses
	Alfafetoproteína	a cada 6 meses

3.3.13	POPULAÇÕES-ALVO:	Verificar dados locais relativos aos pacientes portadores de Hepatite C Crônica com Cirrose
	AÇÕES:	Acompanhamento Ambulatorial
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE/AC
A partir da disponibilidade dos dados locais:		
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta com profissional de nível superior, exceto médico	04 consultas/ano
	Consulta médica	a cada 6 meses
	Diagnóstico de Gestação - B-HCG	a cada 6 meses (mulheres em idade reprodutiva)
	Marcadores Sorológicos	
	anti-HIV	a cada 12 meses
	Teste não treponêmico para Sífilis	a cada 12 meses
	Biologia Molecular	
	HCV-RNA Quantitativo	a cada 4 meses
	Hematologia	
	Hemograma Completo	a cada 4 meses
	Coagulograma	a cada 4 meses
	Ferritina, Ferro Sérico, Sat. Transferrina	a cada 4 meses
	Função Renal	
	Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina	a cada 4 meses
	Exame de Urina	a cada 4 meses
	Função Hepática	
	AST, ALT	a cada 4 meses
	Fosfatase Alcalina, Gama GT	a cada 4 meses
	Bilirrubina Total e Frações	a cada 4 meses
	Proteína Total, Albumina	a cada 4 meses
	Risco Cardiovascular e Diabetes	
	Glicemia de Jejum	a cada 6 meses
	Colesterol Total e Frações, Triglicérides	a cada 12 meses
	Investigação de Fibrose/Cirrose Hepática e Complicações	
	Endoscopia Digestiva Alta	a cada 6 meses
	Biópsia Hepática	Somente para elucidação diagnóstica de casos duvidosos
	Rastreamento de Câncer Hepático	
	Ultrassonografia de Abdome Total	a cada 6 meses
	Alfafetoproteína	a cada 6 meses

3.4 - Prevenção de HIV/Aids, Sífilis, Hepatites Virais e HTLV

3.4.1	POPULAÇÕES-ALVO:	População sexualmente ativa : 92% da população de 15 a 64 anos.
	AÇÕES:	Prevenção
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB/AAE
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Dispensação de preservativos masculinos	144 (grosa) unidades de preservativos masculinos/pessoa/ano ou sempre que necessário
	Dispensação de preservativo feminino	144 unidades de preservativos femininos sempre que avaliado a necessidade/ pessoa / ano
	Dispensação de gel lubrificante	144 unidades de gel lubrificante sempre que avaliado a necessidade/ pessoa / ano
	Atividade educativa / orientação (aconselhamento)	02 atividades educativas por/pessoa/ano ano ou sempre que necessário
3.4.2	POPULAÇÕES-ALVO:	Populações chave para a infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis - estimativa por subgrupos populacionais: > Pessoas que usam drogas: 2,34% da população de 15 a 49 anos; > Gays e outros HSH: 3,8% da população masculina de 15 a 49 anos; > Profissionais do sexo: 1,3% da população de 18 a 49 anos; > Pessoas privadas de liberdade: 0,25% da população geral.
	AÇÕES:	Prevenção
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB/AAE
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Dispensação de preservativo masculino	Profissionais do sexo: 480 preservativos masculinos/pessoa/ano ou sempre que necessário
	Dispensação de preservativo feminino	Profissionais do sexo feminino: 144 preservativos femininos/pessoa/ano ou sempre que necessário Mulheres presas: 48 preservativos femininos/pessoa/ano ou sempre que necessário
	Dispensação de gel lubrificante	Profissionais do sexo: 144 unidades de gel lubrificante/pessoa/ano ou sempre que necessário
	3.4.3	POPULAÇÕES-ALVO:
	AÇÕES:	Prevenção
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB/AAE
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Dispensação de gel lubrificante	144 unidades de gel lubrificante/pessoa/ano ou sempre que necessário - exceto profissional do sexo que deve avaliar sempre que necessário
	Atividade educativa/orientação (aconselhamento)	03 atividades educativas/gestante/ano ou sempre que necessário
3.4.4	POPULAÇÕES-ALVO:	População do sexo feminino de 9 a 13 anos
	AÇÕES:	Prevenção
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Vacina de HPV	03 doses/menina (esquema estendido - esquema vacinal 0, 6 e 60 meses).
Atividade educativa/orientação (aconselhamento)	03 atividades educativas por/pessoa ou sempre que necessário	

3.5 - Hanseníase

3.5.1	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da população geral de municípios com pelo menos 1 caso residente de hanseníase/ ano Observações: População de comunicantes: 04 comunicantes por caso diagnosticado -Estimativa de casos com intercorrência: 30% dos casos diagnosticados.
	AÇÕES:	Prevenção
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB/AAE
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Ações educativas de promoção da saúde no âmbito dos serviços	04 ações educativas/ano

3.5.2	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da população geral de municípios com pelo menos 1 caso residente de hanseníase/ ano Observações: População de comunicantes: 04 comunicantes por caso diagnosticado -Estimativa de casos com intercorrência: 30% dos casos diagnosticados.
	AÇÕES:	Busca Ativa
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB/AAE
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Busca ativa de sintomáticos dermatológicos/população adstrita da área da US	2,5% população adstrita/ano
	Busca ativa em grupos específicos - prisões, quartéis, escolas, de pessoas que se submetem a exames periódicos, etc.	01 consulta médica ou de enfermagem / grupo específico / ano
	Vacinação de BCG em contatos intradomiciliares indenes	Sem cicatriz ou com uma cicatriz – 1 dose/comunicante

3.5.3	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da população geral de municípios com pelo menos 1 caso residente de hanseníase/ ano Observações: População de comunicantes: 04 comunicantes por caso diagnosticado -Estimativa de casos com intercorrência: 30% dos casos diagnosticados.
	AÇÕES:	Exames diagnósticos
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE/AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Coleta de raspado intradérmico para pesquisa de Mycobacterium leprae	01 coleta/caso/ano
	Baciloscopia	01 exame de baciloscopia/caso (se disponível)
	Biópsia	01 exame de biópsia/caso (se necessário).

3.5.4	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da população geral de municípios com pelo menos 1 caso residente de hanseníase/ ano Observações: População de comunicantes: 04 comunicantes por caso diagnosticado -Estimativa de casos com intercorrência: 30% dos casos diagnosticados.
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB/AAE/AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Busca ativa de casos faltosos ao tratamento	100% dos faltosos
	Busca ativa de contatos	100% dos contatos não examinados
	Administrar poliquimioterápico para pacientes paucibacilares	06 doses/caso
	Administrar poliquimioterápico para pacientes multibacilares	12 doses/caso

3.5.5	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da população geral de municípios com pelo menos 1 caso residente de hanseníase/ ano Observações: População de comunicantes: 04 comunicantes por caso diagnosticado -Estimativa de casos com intercorrência: 30% dos casos diagnosticados.
	AÇÕES:	Acompanhamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB/AAE/AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta de enfermagem para pacientes paucibacilares	06 consultas de enfermagem/caso/ano
	Consulta médica para pacientes paucibacilares	02 consultas médicas/caso/ano
	Consulta médica para pacientes multibacilares	03 consultas médicas/caso/ano
	Consulta de enfermagem para pacientes multibacilares	12 consultas/caso/ano
	Consulta médica para avaliação de contatos	01 consulta/contato/ano
	Consulta de enfermagem para avaliação de contatos	01 consulta/contato/ano
	Consultas/atendimento de urgência	01 consulta ou atendimento de urgência /ano

3.5.6	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da população geral de municípios com pelo menos 1 caso residente de hanseníase/ ano Observações: População de comunicantes: 04 comunicantes por caso diagnosticado -Estimativa de casos com intercorrência: 30% dos casos diagnosticados.
	AÇÕES:	Acompanhamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB/AAE
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Visita domiciliar de ACS para pacientes paucibacilares	06 visitas domiciliares/caso/ano
	Visita domiciliar ACS para pacientes multibacilares	12 visitas domiciliares/caso/ano
	Atendimento de enfermagem - Nível médio para pacientes paucibacilares	06 atendimentos/caso/ano
	Atendimento de enfermagem - Nível médio para pacientes multibacilares	12 atendimentos/caso/ano
	Atendimento em prevenção de incapacidades para pacientes multibacilares	12 atendimentos/caso/ano
	Atendimento em prevenção de incapacidades para pacientes paucibacilares	06 atendimentos/caso/ano
	Atendimento em grupo de pacientes – grupo de autocuidado	12 reuniões grupo autocuidado/ano
	Avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico	01 avaliação/caso
	Avaliação do grau de incapacidade física na cura	01 avaliação/caso

3.5.7	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da população geral de municípios que não notificaram casos de hanseníase/ano Observação: Os municípios que realizarem a programação pelo recorte ausência de notificação, caso encontrem e notifiquem casos no período, deverão realizar a programação dos procedimentos conforme população geral de municípios com pelo menos 1 caso residente de hanseníase / ano.
	AÇÕES:	Busca Ativa
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Busca ativa de sintomáticos dermatológicos/população adstrita da área da US	2,5% população adstrita/ano
	Busca ativa em grupos específicos - prisões, quartéis, escolas, de pessoas que se submetem a exames periódicos, etc.	01 consulta médica ou de enfermagem / grupo específico / ano

3.5.8	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da população geral de municípios com pelo menos 1 caso residente de hanseníase/ ano Observações: População de comunicantes: 04 comunicantes por caso diagnosticado -Estimativa de casos com intercorrência: 30% dos casos diagnosticados.
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE/AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Curativos/debridamentos	36 curativos/caso/ano, conforme indicação clínica
	Atendimento/Tratamento intensivo de paciente em reabilitação física	104 atendimentos/caso/ano, conforme indicação clínica
	Tratamento das intercorrências e reações/casos em tratamento e pós-alta	100% dos casos que apresentam intercorrência
	Cirurgia oftalmológica para reabilitação da hanseníase	02 cirurgias/caso, conforme indicação clínica
	Tratamento cirúrgico de neuropatia compressiva com ou sem microcirurgia	03 cirurgias/caso, conforme indicação clínica
	Transposição / transferência miotendinosáunica/múltipla	04 cirurgias/caso, conforme indicação clínica
	Dispensação de órteses para pacientes de hanseníase	05 dispensações /caso, conforme indicação clínica
	Dispensação de próteses para pacientes de hanseníase	06 dispensações /caso, conforme indicação clínica
	Tala gessada/gesso para imobilização membro com sinais e sintomas de neuropatia periférica	01 tala/gesso/neuropatia/caso/ano, conforme indicação clínica
	Atendimento pré e pós-operatório	100% dos casos com indicação clínica de cirurgia
	Procedimentos cirúrgicos	100% dos casos com indicação clínica de cirurgia
	Exames complementares laboratoriais e de imagem	100% dos casos com indicação clínica de exames complementares
	Internações hospitalares	100% dos casos com indicação clínica de internação

3.6 - Dengue

3.6.1	POPULAÇÕES-ALVO:	População de Municípios com transmissão dentro do esperado (base Taxa de Incidência = 100/100.000hab)
	AÇÕES:	Diagnóstico
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Coleta de amostra para sorologia	01 coleta/sorologia/ 1.000 habitantes/ano
	Coleta de amostra para isolamento viral	01 coleta/isolamento/10.000 habitantes/ano
3.6.2	POPULAÇÕES-ALVO:	População de Municípios com transmissão dentro do esperado (base Taxa de Incidência = 100/100.000hab)
	AÇÕES:	Acompanhamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta de enfermagem	02 consultas enfermagem/ 1.000 habitantes/ano
	Consulta médica	02 consultas médicas/1.000 habitantes/ano
	Hemograma completo	02 exames/1.000 habitantes/ano
	Hidratação oral	01 hidratação oral/1.000 habitantes/ano
	Visita domiciliar ACS	02 visitas domiciliares/1.000 habitantes/ano
3.6.3	POPULAÇÕES-ALVO:	População de Municípios com transmissão dentro do esperado (base Taxa de Incidência = 100/100.000hab)
	AÇÕES:	Acompanhamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE, AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Hemograma completo	1,5 exame/10.000 habitantes/ano
	Exames laboratoriais (proteïnemia)	1,5 exame/10.000 habitantes/ano
	Exames laboratoriais (eletrólitos, gasometria)	1,5 exame/10.000 habitantes/ano
	Exames laboratoriais (provas função hepática)	1,5 exame/10.000 habitantes/ano
	Exames de imagem (RX)	1,5 exame/10.000 habitantes/ano
	Exames de imagem (RX)	1,5 exame/10.000 habitantes/ano
	Hidratação Venosa e outros cuidados	1,5 Hidratação/10.000 habitantes/ano
	Internação (taxa média de ocupação: 4 dias)	0,7 Internações/10.000 habitantes/ano

3.6.4	POPULAÇÕES-ALVO:	População de Municípios Risco 1 × (base Taxa de Incidência = 1.000/100.000hab)
	AÇÕES:	Diagnóstico
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE, AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Hemograma completo	1,5 exame/1.000 habitantes/ano
	Exames laboratoriais (proteïnemia)	1,5 exame/1.000 habitantes/ano
	Exames laboratoriais (eletrólitos, gasometria)	1,5 exame/1.000 habitantes/ano
	Exames laboratoriais (provas função hepática)	1,5 exame/1.000 habitantes/ano
	Exames de imagem (RX)	1,5 exame/1.000 habitantes/ano
	Exames de imagem (RX)	1,5 exame/1.000 habitantes/ano

3.6.5	POPULAÇÕES-ALVO:	População de Municípios Risco 1×(base Taxa de Incidência = 1.000/100.000hab)
	AÇÕES:	Acompanhamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta de enfermagem	02 consultas para cada 100 habitantes/ano
	Consulta médica	02 consultas para cada 100 habitantes/ano
	Hemograma completo	02 exames/100 habitantes/ano
	Hidratação oral	01 Reidratação/100 habitantes/ano
	Visita domiciliar ACS	02 visitas/100 habitantes/ano

3.6.6	POPULAÇÕES-ALVO:	População de Municípios Risco 1×(base Taxa de Incidência = 1.000/100.000hab)
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE, AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Internação	1,5 Hidratação/1.000 habitantes/ano
	Hidratação Venosa e outros cuidados	07 Internações/10.000 habitantes/ano

3.6.7	POPULAÇÕES-ALVO:	População de Municípios Risco 2 (base Taxa de Incidência = 2.000/100.000hab)
	AÇÕES:	Diagnóstico
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE / AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Hemograma completo	03 exames/1.000 habitantes/ano
	Exames laboratoriais (proteïnemia)	03 exames/1.000 habitantes/ano
	Exames laboratoriais (eletrólitos, gasometria)	03 exames/1.000 habitantes/ano
	Exames laboratoriais (provas função hepática)	03 exames/1.000 habitantes/ano
	Exames de imagem (RX)	03 exames/1.000 habitantes/ano
	Exames de imagem (RX)	03 exames/1.000 habitantes/ano

3.6.8	POPULAÇÕES-ALVO:	População de Municípios Risco 2 (base Taxa de Incidência = 2.000/100.000hab)
	AÇÕES:	Acompanhamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta de enfermagem	04 consultas para cada 100 habitantes/ano
	Consulta médica	04 consultas para cada 100 habitantes/ano
	Hemograma completo	04 exames/100 habitantes/ano
	Hidratação oral	02 Reidratações/100 habitantes/ano
	Visita domiciliar ACS	04 visitas/100 habitantes/ano

3.6.9	POPULAÇÕES-ALVO:	População de Municípios Risco 2 (base Taxa de Incidência = 2.000/100.000hab)
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE / AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Hidratação Venosa e outros cuidados	03 Hidratações/1.000 habitantes/ano
	Internação	14 Internações/10.000 habitantes/ano

3.6.10	POPULAÇÕES-ALVO:	População de Municípios Risco 3 (base Taxa de Incidência = 4.000/100.000hab)
	AÇÕES:	Diagnóstico
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE / AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Hemograma completo	06 exames/1.000 habitantes/ano
	Exames laboratoriais (proteïnemia)	06 exames/1.000 habitantes/ano
	Exames laboratoriais (eletrólitos, gasometria)	06 exames/1.000 habitantes/ano
	Exames laboratoriais (provas função hepática)	06 exames/1.000 habitantes/ano
	Exames de imagem (RX)	06 exames/1.000 habitantes/ano
	Exames de imagem (RX)	06 exames/1.000 habitantes/ano

3.6.11	POPULAÇÕES-ALVO:	População de Municípios Risco 3 (base Taxa de Incidência = 4.000/100.000hab)
	AÇÕES:	Acompanhamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta de enfermagem	08 consultas para cada 100 habitantes/ano
	Consulta médica	08 consultas para cada 100 habitantes/ano
	Hemograma completo	08 exames/100 habitantes/ano
	Hidratação oral	04 Reidratações/100 habitantes/ano
	Visita domiciliar ACS	04 visitas/100 habitantes/ano

3.6.12	POPULAÇÕES-ALVO:	População de Municípios Risco 3 (base Taxa de Incidência = 4.000/100.000hab)
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE / AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Hidratação Venosa e outros cuidados	06 Hidratações/1.000 habitantes/ano
	Internação	28 Internações/10.000 habitantes/ano

3.7 - Tuberculose

3.7.1	POPULAÇÕES-ALVO:	Sintomáticos respiratórios OU casos suspeitos de tuberculose: 1% da população geral – estimativa nacional.
	AÇÕES:	Busca Ativa/diagnóstico
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta médica/Enfermagem Exames complementares	01 Consulta médica/enfermagem de rastreamento/ano
		02 baciloscopia de escarro/01 cultura com teste de sensibilidade (TSA)/caso/ano ou 01 TRM-TB (Teste Rápido Molecular para Tuberculose)/ 01 cultura caso TRM-TB positivo com TS/caso/ano
	01 Radiografia de tórax /caso suspeito de tuberculose/ano + (01 Radiografia de tórax para população ingressa no sistema prisional)	
	01 Teste diagnóstico HIV /Caso confirmado/ano	
	01 Cultura para micobactéria com TSA /Caso de retratamento TB ou Suspeita em Pop. Vulneráveis (População que vive com HIV/Aids, população privada de liberdade, população em situação de rua, Indígenas e profissionais de saúde)	
3.7.2	POPULAÇÕES-ALVO:	Sintomáticos respiratórios OU casos suspeitos de tuberculose: 1% da população geral – estimativa nacional.
	AÇÕES:	Busca Ativa/diagnóstico
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE/AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Exames	1 broncoscopia/caso suspeito de tuberculose que não apresenta escarro
	01 cultura com teste de sensibilidade (TSA) /ano	
3.7.3	POPULAÇÕES-ALVO:	Pessoas com tuberculose: 0,01% da população geral – média nacional
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB/AAE/AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Terapêutica	01 tratamento com esquema básico OU 01 tratamento com esquema especial (quando necessário) / caso confirmado/ano
	05 TDO (tratamento diretamente observado) durante todo o tratamento/caso/semana	

3.7.4	POPULAÇÕES-ALVO:	Pessoas com tuberculose: 0,01% da população geral – média nacional
	AÇÕES:	Acompanhamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB/AAE
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta médica/enfermagem complementares	Exames
		06 Consultas médicas e/ou de enfermagem/caso TB/ano (01 consulta/mês)
		06 Baciloscopias/caso TB/ano (01 exame/mês)
		01 Cultura micobactéria com TSA/com baciloscopia positiva no 2º mês de tratamento
		01 Raio X tórax/caso TB/ano
		01 Visita domiciliar/ caso TB/ano

3.7.5	POPULAÇÕES-ALVO:	Pessoas com tuberculose: 0,01% da população geral – média nacional
	AÇÕES:	Acompanhamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE/AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta médica/enfermagem complementares	Exames
		12 Consultas médicas e/ou de enfermagem/casos especiais de TB/ano (01 consulta/mês)
		01 Cultura micobactéria com TSA/ casos especiais de TB /ano
		18 Consultas médicas e de enfermagem/caso tuberculose resistente /ano (01 consulta/mês)
		10 Culturas micobactéria com TSA/caso de tuberculose resistente /ano para casos (1 exame a cada dois meses)
		02 Raio X tórax/caso de TB/ano (ao início e fim do tratamento, mais exames podem ser necessários durante seguimento conforme indicação médica)
	Exames	01 tomografia/ caso de tuberculose com complicações/ano
	Consulta médica com cirurgião torácico	01 consulta/caso de tuberculose drogarresistente com indicação cirúrgica/ano

3.7.6	POPULAÇÕES-ALVO:	Contatos (4/caso TB)
	AÇÕES:	Busca ativa
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta médica/enfermagem	01 Consulta médica ou de enfermagem/Contato identificado
	Exames	02 Baciloscopias + 1 radiografia de tórax/Contato suspeito TB ativa
		01 Cultura para micobactéria com TSA /Caso de contato com tuberculose resistente
		01 Prova tuberculínica/Contato assintomático para investigação da ILTB
		01 Radiografia de tórax/Contato assintomático com PPD≥5mm
	Tratamento	01 Tratamento da ILTB/Caso de ILTB entre os contatos
	Consulta médica/Enfermagem	08 Consulta médica ou de enfermagem /Tratamento da ILTB/ano (01 consulta a cada 3 meses)

3.7.7	POPULAÇÕES-ALVO:	Menores 1 ano Considerar o preconizado pelo Programa Nacional de Imunização - PNI
	AÇÕES:	Prevenção
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Vacinação	01 dose BCG/criança/ano

3.8 - Leishmaniose Visceral

3.8.1	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da População Geral - Parâmetro baseado no nº de casos suspeitos de LV/hab Brasil: 5,6/100.000 habitantes. Observação: a proporção de casos suspeitos por habitante entre os municípios brasileiros varia entre 0,3/100.000 hab. a 360/100.000 hab.
	AÇÕES:	Diagnóstico
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Exames laboratoriais/RIFI	Para 70% dos casos suspeitos: 01 exame RIFI/caso/ano
Exames laboratoriais/Teste rápido imunocromatográfico	Para 100% dos casos suspeitos: 01 exame Teste rápido imunocromatográfico/caso/ano	
3.8.2	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da População Geral - Parâmetro baseado no nº de casos suspeitos de LV/hab Brasil: 5,6/100.000 habitantes. Observação: a proporção de casos suspeitos por habitante entre os municípios brasileiros varia entre 0,3/100.000 hab. a 360/100.000 hab.
	AÇÕES:	Diagnóstico
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE/AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Punção de medula óssea para diagnóstico parasitológico direto	Para 30% dos casos suspeitos: 01 exame Punção de medula óssea/caso/ano
3.8.3	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da População Geral - Parâmetro baseado no nº de casos suspeitos de LV/hab Brasil: 5,6/100.000 habitantes. Observação: a proporção de casos suspeitos por habitante entre os municípios brasileiros varia entre 0,3/100.000 hab. a 360/100.000 hab.
	AÇÕES:	Acompanhamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta de Enfermagem	Para 100% dos casos suspeitos: 01 consulta enfermagem/caso/ano

3.8.4	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da População Geral - Parâmetro baseado na taxa de incidência de LV no Brasil: 1,8/100.000 habitantes Observação: a taxa de incidência entre os municípios brasileiros varia entre 0,1/100.000 hab a 120/100.000 hab.
	AÇÕES:	Acompanhamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB/AAE
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta Médica	06 consultas/caso/ano (obs. 1 consulta/caso/mês durante 6 meses)
	Exame laboratorial/Hemograma completo	05 exames Hemograma completo/caso/ano
	Exames laboratoriais/ provas de função renal e hepática	04 exames Prova de função renal e hepática/caso/ano
	Exame Laboratorial/Coagulograma	04 exames Coagulograma/caso/ano
	Exame Laboratorial/Proteínas séricas	04 exames Proteínas séricas/caso/ano
	Exame Laboratorial/Amilase sérica	04 exames Amilase sérica/caso/ano
	Eletrocardiograma	Para 100% dos pacientes com idade acima de 40 anos que façam uso de antimoniato de meglumina (correspondendo a aproximadamente 5% dos casos confirmados): 04 exames Eletrocardiograma/caso/ano
	RX de tórax	Para 30% dos casos confirmados: 01 exame RX de tórax/caso/ano
	Hemocultura	Para 30% dos casos confirmados: 01 exame Hemocultura/caso/ano
	Urocultura	Para 30% dos casos confirmados: 01 exame Urocultura/caso/ano
	EAS	Para 30% dos casos confirmados: 01 exame EAS/caso/ano
	HIV	01 exame HIV/caso confirmado/ano

3.8.5	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da População Geral - Parâmetro baseado na taxa de incidência de LV no Brasil: 1,8/100.000 habitantes Observação: a taxa de incidência entre os municípios brasileiros varia entre 0,1/100.000 hab a 120/100.000 hab.
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Antimoniato de meglumina - aplicação e monitoramento de reações adversas	Para 60% dos casos confirmados: 28 aplicações/caso/ano

3.8.6	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da População Geral - Parâmetro baseado na taxa de incidência de LV no Brasil: 1,8/100.000 habitantes Observação: a taxa de incidência entre os municípios brasileiros varia entre 0,1/100.000 hab a 120/100.000 hab.
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE/AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Desoxicolato de anfotericina B - aplicação e monitoramento de reações adversas	Para 18% dos casos confirmados: 20 aplicações/caso/ano
	Anfotericina B lipossomal - aplicação e monitoramento de reações adversas	Para 22% dos casos confirmados: 07 aplicações/caso/ano
	Internação	Para 65% dos casos confirmados: média de permanência: 15 dias
	Hemoterapia: concentrado de hemácias	Para 45% dos casos confirmados internados
	Hemoterapia: plasma	Para 11,5% dos casos confirmados internados
	Hemoterapia: concentrado de plaquetas	Para 8,5% dos casos confirmados internados
	Hidratação Venosa	Para 100% dos casos internados

3.9 - Meningites

3.9.1	POPULAÇÕES-ALVO:	Portadores de sintomas clínicos compatíveis com a doença 0,02% da população geral
	AÇÕES:	Diagnóstico
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB/AAE/AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta médica (Clínica médica, Pediatria ou Infectologia)	01 consulta/caso suspeito
3.9.2	POPULAÇÕES-ALVO:	Portadores de sintomas clínicos compatíveis com a doença 0,02% da população geral
	AÇÕES:	Diagnóstico
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE/AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Exames laboratoriais	01 punção lombar / caso suspeito/conforme indicação clínica
		01 exame bioquímico do líquido / caso suspeito/ano
		01 contagem de células do líquido/caso suspeito/ano
		01 bacterioscopia de células do líquido/caso suspeito/ano
		01 cultura para germens (líquor e sangue)/caso suspeito/ano
		01 exame látex do líquido (<i>H. influenzae</i> ; <i>S. pneumoniae</i> ; <i>N. meningitidis</i> A, B, C, W e Y; e <i>cryptococcus neoformans</i>)/caso suspeito/ano
		03 hemograma completo/caso suspeito/conforme indicação clínica
		01 exame coprológico (Cultura de fezes)/caso suspeito/ano
		01 hemocultura /caso suspeito/ano
3.9.3	POPULAÇÕES-ALVO:	Pacientes portadores de meningites 0,012% da população geral
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Internação hospitalar	01 internação em quarto individual/paciente portador 01 internação em UTI/paciente portador

3.9.4	POPULAÇÕES-ALVO:	10 contatos por casos suspeitos de meningite por <i>Haemophilus influenzae</i> e de doença meningocócica.
	AÇÕES:	Prevenção
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Vacinação	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (vacina pentavalente) Vacina Meningocócica C conjugada Vacina Pneumocócica 10-valente conjugada
	Quimioprofilaxia em contatos	Tratamento medicamentoso a 100% dos contatos de meningite <i>Haemophilus influenzae</i> e doença meningocócica

3.9.5	POPULAÇÕES-ALVO:	Menores de 1 ano de idade..
	AÇÕES:	Prevenção
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Vacinação	Vacina pentavalente (contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b – esquema: 3 doses) Vacina Meningocócica C Conjugada (esquema: 2 doses + reforço) Vacina Pneumocócica 10-valente conjugada (3 doses + reforço) *conforme esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações.

3.10 - Malária

3.10.1	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da População Geral de municípios da AMAZÔNIA.
	AÇÕES:	Diagnóstico
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB, AAE, AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta médica (Clínico Geral ou Infectologista)	01 Consulta/ano em 10% da população do território, em municípios com IPA \geq 10 casos/1.000 habitantes (sendo 1% em municípios com IPA $<$ 10)
	Consulta de enfermagem	01 Consulta/ano em 10% da população do território, em municípios com IPA \geq 10 casos/1.000 habitantes (sendo 1% em municípios com IPA $<$ 10)
	Teste rápido ou Gota espessa	01 Exame em 20% da população do território, em municípios com IPA \geq 10 casos/1.000 habitantes (sendo 1% em municípios com IPA $<$ 10)
	80% dos exames diagnósticos realizados em até 48 horas do início dos sintomas, em municípios com IPA \geq 10 casos/1.000 habitantes (sendo 60% em municípios com IPA $<$ 10)	
	07 exames/gestante (pré natal)/ano	
3.10.2	POPULAÇÕES-ALVO:	Casos diagnosticados na prevenção com cobertura de 75% da População Geral de municípios da AMAZÔNIA.
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Visita domiciliar	Realização de 01 visita para tratamento supervisionado em 90% dos casos de malária falciparum ou pacientes gestantes
3.10.3	POPULAÇÕES-ALVO:	Casos diagnosticados na prevenção com cobertura de 75% da População Geral de municípios da AMAZÔNIA.
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB, AAE, AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta médica	01 Consulta/ano em 10% da população do território/ano, em municípios com IPA \geq 10 casos/1.000 habitantes (sendo 1% em municípios com IPA $<$ 10)
	Consulta de enfermagem	01 Consulta/ano em 10% da população do território/ano, em municípios com IPA \geq 10 casos/1.000 habitantes (sendo 1% em municípios com IPA $<$ 10)

3.10.4	POPULAÇÕES-ALVO:	Casos diagnosticados na prevenção com cobertura de 75% da População Geral de municípios da AMAZÔNIA.
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE, AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Hospitalização	01 Internação por malária grave/ano em 1% dos casos de malária
		01 tratamento de hemodiálise por malária grave/ano em 2% dos casos internados
		01 internação em UTI por malária grave/ano em 2% dos casos internados
	Exames complementares	01 exame hemograma/caso/ano em 1% dos casos de malária
		01 dosagem sódio/caso/ano em 1% dos casos de malária
		01 dosagem ureia/caso/ano em 1% dos casos de malária
		01 dosagem potássio/caso/ano em 1% dos casos de malária
		01 dosagem creatinina/caso/ano em 1% dos casos de malária
		01 dosagem cálcio/caso/ano em 1% dos casos de malária
		01 coagulograma/caso/ ano em 1% dos casos de malária
		01 exame de VHS/caso/ ano em 1% dos casos de malária
		01 exame Proteína C reativa/caso/ ano em 1% dos casos de malária
		01 dosagem de albumina/caso/ ano em 1% dos casos de malária
		01 hemocultura/caso/ ano em 1% dos casos de malária
		01 exame urina/caso/ ano em 1% dos casos de malária
		01 exame líquido/caso/ ano em 1% dos casos de malária
		01 exame de fundo de olho/caso/ ano em 1% dos casos de malária
		01 RX de tórax/caso/ ano em 1% dos casos de malária
	Transfusão de papa de hemácias	01 transfusão/caso /ano em 40% dos casos internados por malária

3.10.5	POPULAÇÕES-ALVO:	Casos diagnosticados na prevenção com cobertura de 75% da População Geral de municípios da AMAZÔNIA.
	AÇÕES:	Acompanhamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta médica	01 Consulta/caso/ano em 10% da população do território, em municípios com IPA \geq 10 casos/1.000 habitantes (sendo 1% em municípios com IPA < 10)
	Consulta de enfermagem	01 Consulta/caso/ano em 10% da população do território, em municípios com IPA \geq 10 casos/1.000 habitantes (sendo 1% em municípios com IPA < 10)
	Gota espessa	Realização de 01 exame de gota espessa (em D3) para acompanhamento da cura em 80% dos casos de malária falciparum, em municípios com IPA \geq 10 casos/1.000 habitantes (sendo realização de 6 exames de acompanhamento, em municípios com IPA < 10)
Visita domiciliar	01 visita domiciliar/ caso/ano	
3.10.6	POPULAÇÕES-ALVO:	Prevenção com cobertura de 75% da População Geral de municípios fora da Amazônia que notificaram casos de malária
	AÇÕES:	Diagnóstico
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB, AAE, AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Exame laboratorial	60% dos exames diagnósticos realizados em até 48 horas do início dos sintomas
	Teste rápido ou Gota espessa	01 exame/caso suspeito/ano
3.10.7	POPULAÇÕES-ALVO:	Casos diagnosticados na prevenção com cobertura de 75% da População Geral de municípios fora da Amazônia que notificaram casos de malária
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Visita domiciliar	01 visita domiciliar/ caso/ano
3.10.8	POPULAÇÕES-ALVO:	Casos diagnosticados na prevenção com cobertura de 75% da População Geral de municípios fora da Amazônia que notificaram casos de malária
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB, AAE, AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta médica – Clínica Médica ou Infectologista	01 consulta/caso/ano
	Consulta de enfermagem	01 consulta/caso/ano

3.10.9	POPULAÇÕES-ALVO:	Casos diagnosticados na prevenção com cobertura de 75% da População Geral de municípios fora da Amazônia que notificaram casos de malária
	AÇÕES:	Tratamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AAE, AH
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Hospitalização	01 Internação por malária grave/ano em 20% dos casos de malária
		01 tratamento de hemodiálise por malária grave/ano em 5% dos casos internados
		01 internação em UTI por malária grave/ano em 5% dos casos internados
	Exames complementares	01 exame hemograma/caso/ano em 10% dos casos de malária
		01 dosagem sódio/caso/ano em 10% dos casos de malária
		01 dosagem ureia/caso/ano em 10% dos casos de malária
		01 dosagem potássio/caso/ano em 10% dos casos de malária
		01 dosagem creatinina/caso/ano em 10% dos casos de malária
		01 dosagem cálcio/caso/ano em 10% dos casos de malária
		01 coagulograma/caso/ ano em 10% dos casos de malária
		01 exame de VHS/caso/ ano em 10% dos casos de malária
		01 exame Proteína C reativa/caso/ ano em 10% dos casos de malária
		01 dosagem de albumina/caso/ ano em 10% dos casos de malária
		01 hemocultura/caso/ ano em 10% dos casos de malária
		01 exame urina/caso/ ano em 10% dos casos de malária
		01 exame líquido/caso/ ano em 10% dos casos de malária
		01 exame de fundo de olho/caso/ ano em 10% dos casos de malária
		01 RX de tórax/caso/ ano em 10% dos casos de malária
	Transfusão de papa de hemácias	01 transfusão /caso/ano em 40% dos casos internados por malária

3.10.10	POPULAÇÕES-ALVO:	Casos diagnosticados na prevenção com cobertura de 75% da População Geral de municípios fora da Amazônia que notificaram casos de malária
	AÇÕES:	Acompanhamento
	NÍVEIS DE ATENÇÃO:	AB
	PROCEDIMENTOS:	PARÂMETROS PROPOSTOS
	Consulta médica ou enfermagem	01 Consulta médica ou de enfermagem/caso/ano
	Gota espessa	06 Exames em 80% dos casos de malária/ano
	Visita domiciliar	01 visita domiciliar/ caso /ano

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) utilizou como referências para mensurar a população alvo dos parâmetros propostos, as seguintes fontes:

- Prevalência de HIV na população geral de 15 a 49 anos: 0,5% - estimativa nacional de 2013 – Fonte: Cascata do cuidado contínuo de HIV, 2013;
- Prevalência nacional de HIV na população feminina de 15 a 49 anos: 0,38% - Estudo Sentinela Parturientes, 2010/2011;
- Pessoas privadas de liberdade: 513.713 (INFOPEN, 2012).
 - Também foram consideradas populações chave para a infecção pelo HIV as pessoas transexuais, travestis, população em situação de rua (porém, o tamanho relativo dessas populações não é conhecido por meio de dados oficiais, sobretudo no que diz respeito à representatividade nacional).
- Crianças menores de um ano de idade com sífilis congênita: número e taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos, em 2013: 13.705 e 4,7/1.000, respectivamente (Dados nacionais);
- Gestantes infectadas pelo HIV – número e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos, em 2013: 7.216 e 2,5, respectivamente (Dados nacionais);
- Prevalência de hepatite B (HBsAg) para o conjunto das capitais + DF, na população brasileira de 10 a 69 anos: 0,37% (Inquérito de hepatites virais, 2010);
- Estimativa do número de portadores de hepatite C no Brasil, em 2014, foi de 1.450.000, sendo a maior concentração de casos entre indivíduos maiores de 40 anos (homens: 45 anos; mulheres: 47 anos) - Fonte: Modelo matemático dinâmico para a população brasileira em 2014;
- Sintomáticos respiratórios OU casos suspeitos de tuberculose (1% da população geral – estimativa nacional);
- Pessoas com tuberculose (0,01% da população geral – média nacional do número de casos diagnosticados e notificados no SINAN nos últimos dez anos);
- Meningites Portadores de sintomas clínicos compatíveis com a doença 0,02% da população geral - (Cálculo realizado utilizando a média nacional de casos notificados no SINAN nos últimos 10 anos).

Seção IV - Atenção à saúde bucal

Quadro 34 - Parâmetros propostos para Saúde Bucal

34.a - POPULAÇÃO ALVO: População Geral

Nível de atenção	Procedimento	Parâmetro proposto
AB - Atenção Básica / AAE - Atenção Ambulatorial Especializada / AH-Atenção Hospitalar	Atendimentos Odontológicos	2,38 procedimentos/ habitante/ano
AB - Atenção Básica	Ações básicas em Odontologia	1,5 a 2,0 procedimentos/hab/ano
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Ações especializadas em Odontologia	0,05 a 0,08 procedimentos/hab/ano
AB - Atenção Básica	Ações coletivas preventivo-educativas	4 procedimentos/ população coberta/ano
AB - Atenção Básica	Cobertura da primeira consulta odontológica	30% da população em geral
AB - Atenção Básica	1ª. consulta odontológica programática	1 procedimento/ população coberta/ano

34.b - POPULAÇÃO ALVO: População de 0 a 14 anos

Nível de atenção	Procedimento	Parâmetro proposto
AB - Atenção Básica	Cobertura para procedimentos curativos individuais atenção básica	Cobertura para procedimentos curativos na atenção básica = (necessidade normativa no SB 2010) x (cobertura potencial das equipes de saúde bucal na ESF em cada realidade) Para a população brasileira, é proposto: 48% (SB2010) x 36% (cobertura média na ESF em 2013) = 17% da população
AB - Atenção Básica	Procedimentos curativos individuais da atenção básica	1,5 procedimento/ população coberta/ano
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Cobertura para endodontia	8% da população
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Procedimentos de endodontia	0,1 procedimento/ população coberta/ano

34.c - POPULAÇÃO ALVO: População de 15 a 29 anos

Nível de atenção	Procedimento	Parâmetro proposto
AB - Atenção Básica	Cobertura para procedimentos curativos individuais atenção básica	Cobertura para procedimentos curativos na atenção básica = (necessidade normativa no SB 2010) x (cobertura potencial das equipes de saúde bucal na ESF em cada realidade) Para a população brasileira, é proposto: 19% da população
AB - Atenção Básica	Procedimentos curativos individuais da atenção básica	2,6 procedimento/ população coberta/ano
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Cobertura para periodontia	10,1% da população
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Procedimentos de periodontia	0,10 procedimento/ população coberta/ano
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Cobertura para cirurgia	9,9% da população
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Procedimentos de cirurgia	0,20 procedimentos/ população coberta/ano
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Cobertura para endodontia	10% da população em geral
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Procedimentos de endodontia	0,1 procedimento/ população coberta/ano
AB - Atenção Básica	Cobertura para prótese	13,7% da população
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Procedimentos de prótese	0,027 procedimentos/ população coberta/ano

34.d - POPULAÇÃO ALVO: População de 30 a 59 anos

Nível de atenção	Procedimento	Parâmetro proposto
AB - Atenção Básica	Cobertura para procedimentos curativos individuais atenção básica	Cobertura para procedimentos curativos na atenção básica = (necessidade normativa no SB 2010) x (cobertura potencial das equipes de saúde bucal na ESF em cada realidade) Para a população brasileira, é proposto: 21% da população
AB - Atenção Básica	Procedimentos curativos individuais da atenção básica	4,1 procedimento/população/ano
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Cobertura para periodontia	17,9% da população em geral
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Procedimentos de periodontia	0,12 procedimento/população/ano
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Cobertura para endodontia	10% da população em geral
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Procedimentos de endodontia	0,11 procedimento/população/ano
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Cobertura de cirurgia	16,4% da população em geral
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Procedimentos de cirurgia	0,32 procedimento/população/ano
AB - Atenção Básica	Cobertura para prótese	68,7% da população em geral
AB Atenção Primária da Saúde	Procedimentos de prótese	0,138 procedimento/população/ano

34.e - POPULAÇÃO ALVO: População de 60 anos e mais

Nível de atenção	Procedimento	Parâmetro proposto
AB - Atenção Básica	Cobertura para procedimentos curativos individuais atenção básica	Cobertura para procedimentos curativos na atenção básica = (necessidade normativa no SB 2010) x (cobertura potencial das equipes de saúde bucal na ESF em cada realidade) . Para a população brasileira, é proposto: 10% da população
AB - Atenção Básica	Procedimentos curativos individuais da atenção básica	1,64 procedimento/população/ano
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Cobertura para periodontia	3,9% da população
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Procedimentos de periodontia	0,04 procedimento/população/ano
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Cobertura de cirurgia	10,7% da população
AAE-Atenção Ambulatorial Especializada	Procedimentos de cirurgia	0,23 procedimento/população/ano
AB - Atenção Básica	Cobertura para prótese	92,7% da população
AB - Atenção Básica	Procedimentos de prótese	0,185 procedimento/população/ano

Seção V - Atenção especializada

Nesta seção estão apresentados os parâmetros para necessidade das principais especialidades médicas, bem como um rol de procedimentos e exames que foram relacionados a um médico especialista.

A extensa listagem de ocupações médicas existente na Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, e utilizada pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES para a classificação dos médicos por especialidades, foi agrupada e reduzida a um conjunto menor de especialidades, buscando agregar subespecialidades relacionadas – vide detalhamento nos quadros 36 “a” e “b”.

As Consultas Médicas propostas correspondem à metodologia de agregação da RIPSА – *Rede Interagencial de Informações para a Saúde*, a saber:

- Para Consultas Médicas são considerados todos os procedimentos dos grupos/subgrupo/formas de organização a seguir, desde que realizados por profissionais médicos:

Grupo 03 – Procedimentos clínicos

Subgrupo 01 – Consultas/atendimentos/acompanhamentos

03.01.01 – Consultas médicas/outros profissionais de nível superior

03.01.02 – Atendimento/Acompanhamento em saúde do trabalhador

03.01.04 – Outros atendimentos realizados por profissionais de nível superior – apenas os procedimentos 03.01.04.0010 (Atendimento clínico para indicação e fornecimento do diafragma uterino), 03.01.04.0028 (Atendimento clínico para indicação, fornecimento e inserção do dispositivo intrauterino (DIU)) e 03.01.04.0044 (Terapia Individual).

03.01.06 – Consultas/atendimentos às urgências (em geral)

03.01.07 – Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual e múltiplas deficiências

03.01.09 – Atendimento/Acompanhamento em saúde do idoso

03.01.11 – Atendimento/Acompanhamento queimados

03.01.12 – Atendimento/acompanhamento de diagnóstico de doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais

03.01.13 – Acompanhamento em outras especialidades

Quanto aos exames complementares, foi realizada a agregação dos procedimentos em conjuntos relacionados a uma única especialidade. Para isso, observando a série histórica, foi alocado o exame complementar àquela especialidade que mais o realizou.

Assim, determinados exames utilizados ou realizados por mais de uma especialidade vão aparecer vinculados unicamente a uma delas, ou seja, à especialidade que mais aparece como responsável pela sua realização.

Quadro 35 - Parâmetros relativos ao quantitativo de médicos especialistas, consultas e exames especializados

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 100.000 habitantes
ANGIOLOGIA/CIRURGIA VASCULAR	
Quantidade de médicos 40 horas semanais- Angiologista/Cirurgia Vascular	1,5
Consulta Médica Angiologia/Cirurgia Vascular	1700
Duplex scan	900
Arteriografias de membros	6
Venografias	2
Aortografia abdominal	3,5
Aortografia Torácica	1,5
CARDIOLOGIA	
Quantidade de médicos 40 horas semanais- Cardiologista	6,5
Consulta Médica Cardiologia	6000
Holter	300
Ecocardiografia Transtoracica	1600
Teste ergométrico	600
Ecocardiografia Transesofágica	20
Ecocardiografia de estresse	20
Cintilografia miocárdica em situação de estresse	200
Cintilografia miocárdica em situação de repouso	200
Ventriculografia radioisotópica	1
Cateterismo cardíaco	400
Cateterismo cardíaco em pediatria	1
DERMATOLOGIA	
Quantidade de médicos 40 horas semanais- Dermatologista / Hansenologista	2,3
Consulta Médica Dermatologia	3800
biópsia de punção de tumor de pele	75
biópsia de pele e partes moles	75
ENDOCRINOLOGIA	
Quantidade de médicos 40 horas semanais- Endocrinologista e Metabologista	1,5
Consulta Médica Endocrinologia	2500
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de nódulos tireoidianos	18
Tomografia de sela túrcica	7
Cintilografia e captação da glândula tireóide	10
Cintilografia das paratireóides	2
Densitometria	270
Ressonância magnética de sela turcica	7

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 100.000 habitantes
GASTROENTEROLOGIA / PROCTOLOGIA	
Quantidade de médicos 40 horas semanais– Gastroenterologista / Nutrologista	2,5
Quantidade de médicos 40 horas semanais–Coloproctologista / Proctologista	2,0
Consulta Médica Gastroenterologia	1400
Consulta Médica Proctologia	1600
Endoscopia Digestiva Alta	1700
Ecoendoscopia	50
Colangio Pancreatografia Retrograda	50
Endoscopia Terapêutica - polipectomia, ligadura, esclerose	350
Colonoscopia	350
Retossigmoidoscopia	300
NEFROLOGIA	
Quantidade de médicos 40 horas semanais- Nefrologista	2,6
Consulta Médica Nefrologia	1600
US Rins e Vias urinárias	800
Cintilografia Renal	20
Cintilografia Renal Dinâmica com Captopril	15
NEUROLOGIA	
Quantidade de médicos 40 horas semanais– Neurologista/Neurocirurgião/Neurofisiologista	3,5
Consulta Médica Neurologia/Neurocirurgia/Neurofisiologia	6500
Eletroneuromiografia	230
US Transfontanela	58
Tomografia de crânio	2200
Ressonância magnética crânio	160
Angioressonância cerebral	30

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 100.000 habitantes
OFTALMOLOGIA	
Quantidade de médicos 40 horas semanais- Oftalmologista	4
Consulta Médica Oftalmologia	13800
Paquimetria ultrassônica	410
Ultrassonografia do globo ocular/orbita monocular	210
Biometria Ultrassônica (monocular)	460
Biomicroscopia de fundo de olho	1450
Campimetria Comp. ou manual com gráfico	560
Ceratometria	120
Curva Diária de Pressão Ocular CDPO	530
Gonioscopia	380
Mapeamento de retina com gráfico	2200
Microscopia especular de córnea	5
Potencial de acuidade visual	40
Retinografia Colorida Binocular	1120
Retinografia Fluorescente Binocular	560
Teste de visão de cores	1
Teste ortóptico	530
Topografia computadorizada de córnea	175
Fundoscopia	1450
Tonometria	3530
ORTOPEDIA	
Quantidade de médicos 40 horas semanais- Ortopedista e Traumatologista	10
Consulta Médica Ortopedia	15000
Tomografia Computadorizada Coluna Cervical	100
TC coluna lombo sacra	150
TC coluna torácica	25
TC articulação MMSS	15
TC articulação MMII	50
TC Pelve e Bacia	400

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 100.000 habitantes
OTORRINOLARINGOLOGIA	
Quantidade de médicos 40 horas semanais- Otorrinolaringologista	3
Consulta Médica Otorrino	3600
Audiometria de reforço visual + imitanciometria	5
Audiometria tonal limiar/imitanciometria/logoaudiometria	850
Avaliação auditiva comportamental infantil + Impetanciometria	1100
Avaliação do processamento auditivo	110
Fibronasolaringscopia	100
Videolaringoscopia	460
Potencial evocado auditivo do tronco encefálico	50
Teste vestibular	60
PNEUMOLOGIA	
Quantidade de médicos 40 horas semanais- Pneumologista / Broncoesofologista	3
Consulta Médica Pneumologia	2500
Broncoscopia	120
Espirometria	1300
TC de tórax convencional	400
Ressonância magnética (RM)	5
Cintilografia pulmonar de perfusão	15
Cintilografia pulmonar de ventilação	15
UROLOGIA	
Quantidade de médicos 40 horas semanais- Urologista	3
Consulta Médica Urologia	3500
Cistoscopia	100
Estudo urodinâmico	150
Uretrocistografia miccional	50
Urografia excretora	50
US Prostatatransretal	100
US de próstata abdominal	150
Biopsia de próstata guiada por ultrassom	300
REUMATOLOGIA	
Quantidade de médicos 40 horas semanais- Reumatologista	1
Consulta Médica Reumatologia	1000

Quadro 36- Referências para cálculo de parâmetros de necessidade de médicos especialistas.

Especialidade	Razão médico/100 mil habitantes	Número de habitantes/especialista
Médico da Família (*)	50	2.000
Clínico Geral (*)	25	4.000
Ginecologista/Obstetra	25	4.000
Pediatra	25	4.000
Acupunturista	1	100.000
Alergista	1	100.000
Angiologista (*)	1,5	66.666
Cardiologista	6,5	15.385
Cirurgião Geral	16	6.250
Cirurgião Pediatra	2	50.000
Cirurgião Plástico	2	50.000
Coloproctologista	2	50.000
Dermatologista (*)	2,3	43.478
Endocrinologista	1,5	66.666
Gastroenterologista (*)	2,5	40.000
Geriatra	1	100.000
Hematologista	1	100.000
Homeopata	1	100.000
Infectologista	1	100.000
Mastologista	1	100.000
Nefrologista	2,6	38.461
Neurologista (*)	3,5	28.571
Oftalmologista	4	25.000
Ortopedista	10	10.000
Otorrinolaringologista	3	33.333
Pneumologista (*)	3	33.333
Psiquiatra	5,8	17.241
Reumatologista	1	100.000
Urologista	3	33.333
Médico do Trabalho	1	100.000
Anestesista	10	10.000
Cirurgião do Aparelho Digestivo	2	50.000
Cirurgião de Cabeça e Pescoço	1	100.000
Cirurgião torácico	1	100.000
Cirurgião Cardiovascular	1	100.000
Geneticista	0,25	400.000
Hemoterapeuta	0,5	200.000
Médico Nuclear	0,5	200.000
Oncologista (*)	3	33.333
Médico Intensivista	3	33.333
Outras especialidades (**)	50	2.000

Observações:

(*) Quadro 36.a - Especialidades estão agregadas contemplando as seguintes ocupações (CBO)

Especialidade Agregada	Descrição CBO
Médico da Família	MEDICO PEDIATRA na ESF
	MEDICO CLINICO na ESF
	MEDICO DE FAMILIA E COMUNIDADE
	MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA
	MEDICO GENERALISTA na ESF
	MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA na ESF
Angiologista	MEDICO ANGIOLOGISTA
	MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR
Clínico Geral	MEDICO CLINICO
	MEDICO GENERALISTA
Dermatologista	MEDICO DERMATOLOGISTA
	MÉDICO HANSENOLOGISTA
Gastroenterologista	MEDICO NUTROLOGISTA
	MEDICO GASTROENTEROLOGISTA
Neurologista	MEDICO NEUROLOGISTA
	MEDICO NEUROCIRURGIAO
	MEDICO NEUROFISIOLOGISTA CLINICO
Pneumologista	MEDICO PNEUMOLOGISTA
	MÉDICO BRONCOESOFALOGISTA
Oncologista	MEDICO ONCOLOGISTA CLINICO
	MEDICO CANCEROLOGISTA PEDIATRICO
	MEDICO CANCEROLOGISTA CIRURGICO
	MEDICO RADIOTERAPEUTA
	MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA

(**) Quadro 36.b - Outras especialidades contemplam as seguintes ocupações (CBO):

Médico em eletroencefalografia	Medico em radiologia e diagnostico por imagem
Médico perito	Medico patologista
Médico veterinário	Medico patologista clinico medicina laboratorial
Medico legista	Medico hiperbarista
Medico sanitarista	Médico em medicina preventiva e social
Medico em medicina de trafego	Médico residente
Medico anatomopatologista	Médico cardiologista intervencionista
Medico fisiatra	
Medico foniatra	
Medico cirurgião da Mão	
Medico citopatologista	
Medico em endoscopia	

Seção VI - Atenção hospitalar (Leitos e Internações)

Os parâmetros para Leitos e Internações foram definidos com base na combinação dos seguintes enfoques metodológicos:

- (i) análise de evidências científicas, protocolos clínicos e terapêuticos que definem linhas de cuidado e modelos de organização de redes de atenção, selecionados a partir de revisão de literatura nacional e internacional;
- (ii) análise da estrutura e rendimento, com base nos dados disponíveis no Brasil, da capacidade instalada de hospitais e leitos e da produção nacional de internações hospitalares;
- (iii) sua comparação com situações “ideais” consolidadas, reconhecidas ou desejadas (padrão atendimento Curitiba, São Paulo e Belo Horizonte, entre outros), com algum ajuste para balizar a proposta (*benchmarking*) dos parâmetros a serem utilizados na estimativa dos leitos; e
- (iv) aplicação de modelo de simulação, através do qual se estimaram parâmetros sobre taxas de ocupação por porte hospitalar.

A programação dos leitos hospitalares necessários para uma dada população é uma tarefa complexa, pois envolve analisar não apenas a oferta desses serviços (recursos disponíveis, tecnologia, índices de utilização) como sua demanda (necessidade de assistência), e estas são dimensões inter-relacionadas e sujeitas a um conjunto complexo de determinantes.

A metodologia proposta para a **determinação da quantidade de leitos gerais** necessários deve ser feita separadamente para cada um dos tipos de leito-especialidade (NL^e) utilizando a expressão abaixo, sendo o número total de leitos obtido pelo somatório das estimativas de todos os tipos de leito- especialidade.

$$NL^e = \frac{NI^e \cdot TMP^e}{365 \cdot \rho} Fnr$$

onde:

- NI^e = o número de internações anuais esperadas para o tipo de leito-especialidade e , que é obtido através da equação: $NI^e = Pop^e * TI^e * FR^e$, sendo
 - Pop^e = população de referência para aquele tipo de leito-especialidade,
 - TI^e = taxa de internação esperada para aquele tipo de leito-especialidade,
 - FR^e = fator de ajuste para a taxa de recusa esperada para aquele tipo de leito-especialidade,
- TMP^e = tempo médio de permanência (dias) esperado para aquele tipo de leito-especialidade,
- ρ = taxa de ocupação esperada para aquele tipo de leito.
- Fnr = fator de ajuste para incorporação de internações de não residentes = $\left(\frac{100}{PIr}\right)$, sendo:
 - PIr = *percentual de internações de residentes*.

As populações de referência (Pop^e) e a forma de cálculo das taxas de internação (TI^e) utilizadas para estimar o número de internações em leitos gerais, segundo o tipo de leito-especialidade, encontram-nos quadros que se seguem. A especificação de cada um dos outros termos da equação acima está descrita na sequência.

Quadro 37- População de referência para as internações em leitos gerais, por tipo de leito.

Tipo de leito	População de referência
Obstetrícia	N° estimado de gestantes = N° de nascidos vivos SINASC por residência da mãe \times Fator de Correção do sub-registro
Neonatologia	N° de nascidos vivos = N° de nascidos vivos SINASC \times Fator de Correção do sub-registro
Pediatria	
Pediatria clínica	População < 15 anos
Pediatria cirúrgica	População < 15 anos
Adulto	
Clínica - 15 a 59 anos	População 15 a 59 anos
Clínica - 60 anos e mais	População 60 anos e mais
Cirurgia - 15 a 59 anos	População 15 a 59 anos
Cirurgia - 60 anos e mais	População 60 anos e mais

Quadro 38- Forma de cálculo das taxas de internações em leitos gerais, por tipo de leito.

Tipo de leito geral	Taxa de internação
Obstetrícia	$TI^{Obst} = 1,0$
Neonatologia	$TI^{Neonat} = N^{\circ}$ de internações da população residente com idade de 0 a 27 dias / N° de nascidos vivos por local de residência da mãe
Pediatria	
Pediatria clínica	$TI^{Pediat\ Cl\acute{n}ica} = N^{\circ}$ de internações da população residente < 15 anos em leitos pediátricos e clínicos / População < 15 a
Pediatria cirúrgica	$TI^{Pediat\ Cl\acute{r}urgica} = N^{\circ}$ de internações da população residente < 15 anos em leitos cirúrgicos / População < 15 anos
Adulto	
Clínica - 15 a 59 anos	$TI^{Cl\acute{n}ica - 15\ a\ 59\ anos} = N^{\circ}$ de internações da população residente de 15-59 anos em leitos clínicos / População 15- 59 anos
Clínica - 60 anos e mais	$TI^{Cl\acute{n}ica - 60\ e\ +\ anos} = N^{\circ}$ de internações da população residente de 60 anos ou mais em leitos clínicos / População 60 anos ou mais
Cirurgia - 15 a 59 anos	$TI^{Cl\acute{r}urgica - 15\ a\ 59\ anos} = N^{\circ}$ de internações da população residente de 15- 59 a em leitos cirúrgicos / População 15 a 59 anos
Cirurgia - 60 anos e mais	$TI^{Cl\acute{r}urgica - 60\ e\ +\ anos} = N^{\circ}$ de internações da população residente de 60 anos e + em leitos cirúrgicos / População 60 e + anos

Observação: Os leitos psiquiátricos estão normatizados conforme disposto no Capítulo 2 deste caderno, no item 15 - Rede De Atenção Psicossocial – RAPS

Nos quadros 39 e 40 estão os dados sobre os intervalos de variação recomendados para a Taxa de Internação e para o Tempo Médio de Permanência nos leitos gerais, por tipo de leito.

Quadro 39 - Faixa de variação recomendada para as **taxas de internação em leitos gerais**, por tipo de leito.

Tipo de leito geral	Taxa de internação (por mil) esperada*	
	Mínima	Máxima
Neonatologia	82,4	168,0
Pediatria clínica	27,8	48,8
Pediatria cirúrgica	8,4	19,4
Clínica 15 a 59 anos	13,8	24,6
Clínica 60 anos ou mais	72,4	116,8
Cirúrgica 15 a 59 anos	21,5	35,7
Cirúrgica 60 anos ou mais	44,0	72,6

Quadro 40 - Faixa de variação recomendada para o **tempo médio de permanência nas internações em leitos gerais**, por tipo de leito.

Tipo de leito	Tempo médio de permanência (dias)	
	Limite inferior	Limite superior
Obstetrícia	2,4	3,1
Neonatologia	6,5	8,2
Pediatria clínica	4,6	5,7
Pediatria cirúrgica	2,4	3,9
Clínica 15 a 59 anos	6,5	8,5
Clínica 60 anos ou mais	7,4	9,7
Cirúrgica 15 a 59 anos	3,6	4,4
Cirúrgica 60 anos ou mais	4,6	6,5

Observação: Os leitos psiquiátricos estão normatizados conforme disposto no Capítulo 2 deste caderno, no item 15 - Rede De Atenção Psicossocial – RAPS

No caso dos leitos de UTI, o número de internações esperadas em UTI para cada tipo/especialidade é dado por:

$$NI^{UTIe} = \Sigma(\bar{NI}^e * p_{UTI}^e)$$

Assim, a equação para a estimação do número de leitos necessários para UTI passa a ser:

$$NL^{UTI} = \frac{\Sigma(\bar{NI}^e * p_{UTI}^e) \cdot TMP^{UTIe}}{365 \cdot p^e \cdot DF^e} Fnr^e \quad (\text{eq. 3})$$

onde:

\bar{NI}^e é o número de internações esperadas em leitos gerais (estimado na etapa anterior pela eq. 2) das especialidade que correspondem àquele tipo de UTI (neonatologia, no caso da UTI neonatal; pediatria clínica e pediatria cirúrgica, no caso da UTI pediátrica; e internações nos demais leitos gerais, no caso da UTI adulto);

p_{UTI}^e é a proporção esperada de internação com UTI em determinada especialidade (I_{UTI}^e) em relação ao número total das internações na mesma especialidade (I^e). Esta proporção deve ser selecionada confrontando-se os valores do local para o qual se faz a programação com os valores de referência apresentados na Tabela 4.

FR^e é o fator de ajuste para a taxa de recusa esperada para aquele tipo de leito/especialidade, com base na experiência local considerando o comportamento das filas e taxas de recusa obtidos pela análise dos dados das Centrais de Regulação.

TMP^{UTIe} = tempo médio de internação esperado em UTI para aquele tipo de leito/especialidade é definido confrontando-se o TMP do local objeto da programação (quociente entre o número de diárias de UTI e o número de internações com UTI) com os valores de referência apresentados na Tabela 5;

P^e = taxa de ocupação hospitalar para aquele tipo de leito-especialidade, selecionada Tabela 3, segundo porte hospitalar daquele tipo de leito e a taxa de recusa que se admite ter;

DF^e = percentual de leitos daquela especialidade que estão efetivamente disponíveis, com base na experiência local;

Fnr^e = fator de ajuste para internações de não residentes em determinado tipo-especialidade, calculado como o inverso da proporção de internações de residentes no mesmo tipo de leito-especialidade.

Nos quadros 41 e 42 estão os dados sobre os intervalos de variação recomendados para proporção de internações com UTI e para o tempo médio de permanência em UTI, por tipo de UTI, segundo o tipo de internação em leito geral.

Quadro 41- Faixa de variação recomendada para proporção de internações com UTI, por tipo de leito geral e tipo de UTI.

Tipo de leito geral	Tipo de UTI	Proporção de internações com UTI	
		Limite inferior	Limite superior
Neonatologia	UTI Neonatal	23,54%	39,79%
Pediatria clínica	UTI Pediátrica	2,34%	5,04%
Pediatria cirúrgica	UTI Pediátrica	3,10%	5,61%
Obstetrícia	UTI Adulto	0,05%	0,66%
Clínica 15 a 59 anos	UTI Adulto	4,28%	6,24%
Clínica 60 anos e mais	UTI Adulto	6,03%	9,85%
Cirúrgica 15 a 59 anos	UTI Adulto	4,88%	6,25%
Cirúrgica 60 anos ou mais	UTI Adulto	9,92%	18,46%

Quadro 42- Faixa de variação recomendada para o tempo médio de permanência em UTI, por tipo de leito geral e tipo de UTI.

Tipo de leito geral	Tipo de UTI	Faixa de variação do TMP em UTI (dias)	
		Limite inferior	Limite superior
Neonatologia	UTI Neonatal	8,8	11,9
Pediatria clínica	UTI Pediátrica	7,78	14,1
Pediatria cirúrgica	UTI Pediátrica	5,97	8,36
Obstetrícia	UTI Adulto	2,87	4,59
Clínica 15 a 59 anos	UTI Adulto	6,79	9,08
Clínica 60 anos e mais	UTI Adulto	7,39	9,52
Cirúrgica 15 a 59 anos	UTI Adulto	4,48	5,92
Cirúrgica 60 anos ou mais	UTI Adulto	4,64	6,24

Os índices propostos nos quadros relativos à taxa de internação e tempo médio de permanência devem ser encarados como referência para a programação, sendo a escolha dos valores a serem usados para a estimativa do número de leitos realizada com base na análise crítica da situação vigente no local objeto da programação e na situação que se quer alcançar.

Ajustes constantes nas fórmulas: (FR) - Fator de ajuste para a taxa de recusa, (Fnr) – Fator para não residentes e (ρ) – Taxa de Ocupação Esperada

Vale notar que os números de internações esperadas (NI) obtido com base na taxa de internação esperada ou na proporção de internações com UTI correspondem à demanda satisfeita, ou seja, pois é calculada a partir dos casos que conseguiram internação. Assim, para se obter a demanda total esperada de internações, é necessário incorporar as internações recusadas através da utilização de um fator de ajuste para a taxa de recusa esperada para aquele tipo de leito (FR^e).

Como não existem dados que permitam estimar estes fatores de forma objetiva, cabe ao gestor estabelecer este fator de correção com base na análise da questão da recusa no próprio local, ou, na impossibilidade disso, não fazer esta correção, ou seja, considerar $FR^e=1$, tendo a consciência de que o número de internações esperadas assim estimado está subestimado. Outra correção necessária do número esperado de internações diz respeito à demanda de internação dos não residentes, o que é feito através de um fator (Fnr) calculado com base no percentual de internações de residentes.

O último termo da equação - a Taxa de Ocupação Esperada (ρ), por sua vez, deve ser selecionada com base na capacidade instalada para cada tipo de leito (número de leitos disponíveis) e na porcentagem de recusas de internação (fila) que se admite ter, dentre os valores apresentados na tabela que se segue:

Quadro 43 - Taxas médias de ocupação – ρ (%), segundo a porcentagem de recusa de internações (fila) e número de leitos disponíveis.

Número de leitos disponíveis	Porcentagem de recusa de internações (fila)					
	0,1%	1%	3%	5%	10%	20%
10 a 20	39,50	52,00	61,00	65,50	71,08	82,25
21 a 30	52,00	63,50	71,25	75,25	79,58	88,25
31 a 40	58,50	69,50	76,50	80,25	83,83	91,00
41 a 50	63,00	73,50	79,75	83,25	86,42	92,75
51 a 60	66,50	76,25	82,25	85,25	88,17	94,00
61 a 70	69,00	78,50	84,25	86,75	89,42	94,75
71 a 80	71,00	80,25	85,50	88,25	90,58	95,25
81 a 09	73,00	81,50	86,50	89,50	91,58	95,75
91 a 100	74,50	82,50	87,50	90,25	92,25	96,25
101 a 200	79,00	86,00	90,25	92,25	93,92	97,25
201 a 300	84,50	90,50	93,50	95,00	96,17	98,50
Acima de 300	86,00	92,00	94,50	96,00	97,00	99,00
Média Ponderada	61,98	71,90	78,22	81,50	84,82	91,45

Fonte: Jones (2011)

Para exemplificar a aplicação da metodologia, apresenta-se a seguir a forma de estimação do número de leitos segundo quatro diferentes cenários, quais sejam:

Quadro 44 – Exemplos de cenários para a programação hospitalar

<p style="text-align: center;">CENÁRIO 1</p> <p>Valor <u>mínimo</u> recomendado de taxas de internação e tempo médio de permanência (= Percentil 25 das capitais) & TOH para fila 1%</p>	<p style="text-align: center;">CENÁRIO 2</p> <p>Valor <u>mínimo</u> recomendado de taxas de internação e tempo médio de permanência (= Percentil 25 das capitais) & TOH para fila 5%</p>
<p style="text-align: center;">CENÁRIO 3</p> <p>Valor <u>máximo</u> recomendado taxas de internação e tempo médio de permanência (= Percentil 75 das capitais) & TOH para fila 1%</p>	<p style="text-align: center;">CENÁRIO 4</p> <p>Valor <u>máximo</u> recomendado taxas de internação e tempo médio de permanência (= Percentil 75 das capitais) & TOH para fila 5%</p>

Em todas as simulações considera-se que todos os leitos existentes estão disponíveis (DF=1) e as taxas de internação calculadas com base nos dados do SIH refletem a necessidade (FRe = fator de ajuste para a taxa de recusa esperada =1).

Quadro 45 - CENÁRIO 1 - Parâmetros utilizados para estimar os leitos gerais, considerando valor mínimo recomendado de taxas de internação e tempo médio de permanência (= Percentil 25 das capitais), com TOH Taxa de Ocupação Hospitalar relativo a uma Porcentagem de recusa de internações fila de 1% :

Especialidade	População-alvo Total	Taxa de internação esperada (por 1.000)	Taxa de recusa	Tempo médio de permanência (dias)	(ρ)	DF
Obstetrícia (*)	Nº estimado de gestantes = NV SINASC x FC_subregistro)	1,0	1,0	2,4	0,72	1
Neonatologia	Nº de nascidos vivos (SINASC x FC-subregistro)	82,4	1,0	6,5	0,72	1
Pediatria						
Pediatria -CLINICA	População < 15 anos	27,8	1,0	4,6	0,72	1
Pediatria-CIRURGICA	População < 15 anos	8,4	1,0	2,4	0,72	1
Adulto						
Clínica - 15 a 59 anos	População 15 anos a 59 anos	13,8	1,0	6,5	0,72	1
Clínica - 60 anos e mais	População 60 anos e mais	72,4	1,0	7,4	0,72	1
Cirurgia - 15 a 59 anos	População 15 anos a 59 anos	21,5	1,0	3,6	0,72	1
Cirurgia - 60 anos e mais	População 60 anos e mais	44,0	1,0	4,6	0,72	1

Nota: (*) Leitos obstétricos para parto. Para se obter leitos necessários para todos os procedimentos multiplicar esta estimativa pelo “Fator de ajuste outros procedimentos obstétricos” = 1,21
 (***) Taxa de internação e TMP = benchmarkings percentil 25 capitais

Quadro 46- Cenário 1 – Parâmetros utilizados para estimar os leitos de UTI

Especialidade	População-alvo	Taxa de internação esperada (% internações com UTI)	Taxa de recusa	Tempo médio de permanência (dias)	(ρ)	DF
UTI-Neonatal	Internações em leito geral neonatal estimadas	23,5%	1,0	8,8	0,72	1
UTI-Pediátrica						
Pediatria -CLÍNICA	Internações em leito pediátrico e internações 28 dias a 14 anos em leito clínico estimadas	2,3%	1,0	7,8	0,72	1
Pediatria-CIRÚRGICA	Internações 28 dias a 14 anos em leito cirúrgico estimadas	3,1%	1,0	6,0	0,72	1
UTI-Adulto						
Obstétrico	Internações em leito geral de obstetrícia estimadas	0,1%	1,0	2,9	0,72	1
Clínica - 15 a 59 anos	Internações 15-59 anos em leito geral clínico estimadas	4,3%	1,0	6,8	0,72	1
Clínica - 60 anos e mais	Internações 60 anos e mais em leito geral clínico estimadas	6,0%	1,0	7,4	0,72	1
Cirurgia - 15 a 59 anos	Internações 15-59 anos em leito geral cirúrgico estimadas	4,9%	1,0	4,5	0,72	1
Cirurgia - 60 anos e mais	Internações 60 anos e mais em leito geral cirúrgico estimadas	9,9%	1,0	4,6	0,72	1

Nota: Internações através do modelo adotado. Proporção de internação com UTI e TMP = benchmarking percentil 25 capitais

Quadro 47 - CENÁRIO 2- Parâmetros utilizados para estimar os leitos gerais, considerando valor mínimo recomendado de taxas de internação e tempo médio de permanência (= Percentil 25 das capitais), com TOH Taxa de Ocupação Hospitalar relativo a uma Porcentagem de recusa de internações fila de 5% :

Especialidade	População-alvo Total	Taxa de internação esperada (por 1.000)	Taxa de recusa	Tempo médio de permanência (dias)	(ρ)	DF
Obstetrícia (*)	Nº estimado de gestantes = NV SINASC x FC_subregistro)	1,0	1,0	2,4	0,82	1
Neonatologia	Nº de nascidos vivos (SINASC x FC-subregistro)	82,4	1,0	6,5	0,82	1
Pediatria						
Pediatria -CLINICA	População < 15 anos	27,8	1,0	4,6	0,82	1
Pediatria-CIRURGICA	População < 15 anos	8,4	1,0	2,4	0,82	1
Adulto						
Clínica - 15 a 59 anos	População 15 a 59 anos anos	13,8	1,0	6,5	0,82	1
Clínica - 60 anos e mais	População 60 anos e mais	72,4	1,0	7,4	0,82	1
Cirurgia - 15 a 59 anos	População 15 a 59 anos anos	21,5	1,0	3,6	0,82	1
Cirurgia - 60 anos e mais	População 60 anos e mais	44,0	1,0	4,6	0,82	1

Nota: (*) Leitos obstétricos para parto. Para se obter leitos necessários para todos os procedimentos multiplicar esta estimativa pelo “Fator de ajuste outros procedimentos obstétricos” = 1,21
 (**) Taxa de internação e TMP = benchmarkings percentil 25 capitais

Quadro 48 - Cenário 2- Parâmetros utilizados para estimar os leitos de UTI

Especialidade	População-alvo	Taxa de internação esperada (% internações com UTI)	Taxa de recusa	Tempo médio de permanência (dias)	(ρ)	DF
UTI-Neonatal	Internações em leito geral neonatal estimadas	23,5%	1,0	8,8	0,82	1
UTI-Pediátrica						
Pediatria -CLÍNICA	Internações em leito pediátrico e internações 28 dias a 14 anos em leito clínico estimadas	2,3%	1,0	7,8	0,82	1
Pediatria-CIRÚRGICA	Internações 28 dias a 14 anos em leito cirúrgico estimadas	3,1%	1,0	6,0	0,82	1
UTI-Adulto						
Obstétrico	Internações em leito geral de obstetrícia estimadas	0,1%	1,0	2,9	0,82	1
Clínica - 15 a 59 anos	Internações 15-59 anos em leito geral clínico estimadas	4,3%	1,0	6,8	0,82	1
Clínica - 60 anos e mais	Internações 60 anos e mais em leito geral clínico estimadas	6,0%	1,0	7,4	0,82	1
Cirurgia - 15 a 59 anos	Internações 15-59 anos em leito geral cirúrgico estimadas	4,9%	1,0	4,5	0,82	1
Cirurgia - 60 anos e mais	Internações 60 anos e mais em leito geral cirúrgico estimadas	9,9%	1,0	4,6	0,82	1

Nota: Internações através do modelo adotado. Proporção de internação com UTI e TMP = bechmarking percentil 25 capitais

Quadro 49 - CENÁRIO 3- Parâmetros utilizados para estimar os leitos gerais, considerando valor máximo recomendado taxas de internação e tempo médio de permanência (= Percentil 75 das capitais) com TOH Taxa de Ocupação Hospitalar relativo a uma Porcentagem de recusa de internações fila de 1% :

Especialidade	População-alvo Total	Taxa de internação esperada (por 1.000)	Taxa de recusa	Tempo médio de permanência (dias)	(ρ)	DF
Obstetrícia (*)	Nº estimado de gestantes = NV SINASC x FC_subregistro)	1,0	1,0	3,1	0,72	1
Neonatologia	Nº de nascidos vivos (SINASC x FC-subregistro)	168,0	1,0	8,2	0,72	1
Pediatria						
Pediatria -CLINICA	População < 15 anos	48,8	1,0	5,7	0,72	1
Pediatria-CIRURGICA	População < 15 anos	19,4	1,0	3,9	0,72	1
Adulto						
Clínica - 15 a 59 anos	População 15 a 59 anos anos	24,6	1,0	8,5	0,72	1
Clínica - 60 anos e mais	População 60 anos e mais	116,8	1,0	9,7	0,72	1
Cirurgia - 15 a 59 anos	População 15 a 59 anos anos	35,7	1,0	4,4	0,72	1
Cirurgia - 60 anos e mais	População 60 anos e mais	72,6	1,0	6,5	0,72	1

Nota: (*) Leitos obstétricos para parto. Para se obter leitos necessários para todos os procedimentos multiplicar esta estimativa pelo “Fator de ajuste outros procedimentos obstétricos” = 1,21
 (***) Taxa de internação e TMP = benchmarking percentil 75 capitais

Quadro 50 - Cenário 3- Parâmetros utilizados para estimar os leitos de UTI

Especialidade	População-alvo	Taxa de internação esperada (% internações com UTI)	Taxa de recusa	Tempo médio de permanência (dias)	(ρ)	DF
UTI-Neonatal	Internações em leito geral neonatal estimadas	39,8%	1,0	11,9	0,72	1
UTI-Pediátrica						
Pediatria -CLÍNICA	Internações em leito pediátrico e internações 28 dias a 14 anos em leito clínico estimadas	5,0%	1,0	14,1	0,72	1
Pediatria-CIRÚRGICA	Internações 28 dias a 14 anos em leito cirúrgico estimadas	5,6%	1,0	8,4	0,72	1
UTI-Adulto						
Obstétrico	Internações em leito geral de obstetrícia estimadas	0,7%	1,0	4,6	0,72	1
Clínica - 15 a 59 anos	Internações 15-59 anos em leito geral clínico estimadas	6,2%	1,0	9,1	0,72	1
Clínica - 60 anos e mais	Internações 60 anos e mais em leito geral clínico estimadas	9,9%	1,0	9,5	0,72	1
Cirurgia - 15 a 59 anos	Internações 15-59 anos em leito geral cirúrgico estimadas	6,2%	1,0	5,9	0,72	1
Cirurgia - 60 anos e mais	Internações 60 anos e mais em leito geral cirúrgico estimadas	18,5%	1,0	6,2	0,72	1

Nota: Internações através do modelo adotado. Proporção de internação com UTI e TMP = benchmarking percentil 25 capitais

Quadro 51 - CENÁRIO 4- Parâmetros utilizados para estimar os leitos gerais, considerando valor máximo recomendado taxas de internação e tempo médio de permanência (= Percentil 75 das capitais) com TOH Taxa de Ocupação Hospitalar relativo a uma Porcentagem de recusa de internações fila de 5%

Especialidade	População-alvo Total	Taxa de internação esperada (por 1.000)	Taxa de recusa	Tempo médio de permanência (dias)	(ρ)	DF
Obstetrícia (*)	Nº estimado de gestantes = NV SINASC x FC_subregistro)	1,0	1,0	3,1	0,82	1
Neonatologia	Nº de nascidos vivos (SINASC x FC-subregistro)	168,0	1,0	8,2	0,82	1
Pediatria						
Pediatria -CLINICA	População < 15 anos	48,8	1,0	5,7	0,82	1
Pediatria-CIRURGICA	População < 15 anos	19,4	1,0	3,9	0,82	1
Adulto						
Clínica - 15 a 59 anos	População 15 anos a 59 anos	24,6	1,0	8,5	0,82	1
Clínica - 60 anos e mais	População 60 anos e mais	116,8	1,0	9,7	0,82	1
Cirurgia - 15 a 59 anos	População 15 anos a 59 anos	35,7	1,0	4,4	0,82	1
Cirurgia - 60 anos e mais	População 60 anos e mais	72,6	1,0	6,5	0,82	1

Nota: (*) Leitos obstétricos para parto. Para se obter leitos necessários para todos os procedimentos multiplicar esta estimativa pelo “Fator de ajuste outros procedimentos obstétricos” = 1,21

(**) Taxa de internação e TMP = benchmarking percentil 75 capitais

Quadro 52 - Cenário 4 - Parâmetros utilizados para estimar os leitos de UTI

Especialidade	População-alvo	Taxa de internação esperada (% internações com UTI)	Taxa de recusa	Tempo médio de permanência (dias)	(ρ)	DF
UTI-Neonatal	Internações em leito geral neonatal estimadas	39,8%	1,0	11,9	0,82	1
UTI-Pediátrica						
Pediatria -CLÍNICA	Internações em leito pediátrico e internações 28 dias a 14 anos em leito clínico estimadas	5,0%	1,0	14,1	0,82	1
Pediatria-CIRÚRGICA	Internações 28 dias a 14 anos em leito cirúrgico estimadas	5,6%	1,0	8,4	0,82	1
UTI-Adulto						
Obstétrico	Internações em leito geral de obstetrícia estimadas	0,7%	1,0	4,6	0,82	1
Clínica - 15 a 59 anos	Internações 15-59 anos em leito geral clínico estimadas	6,2%	1,0	9,1	0,82	1
Clínica - 60 anos e mais	Internações 60 anos e mais em leito geral clínico estimadas	9,9%	1,0	9,5	0,82	1
Cirurgia - 15 a 59 anos	Internações 15-59 anos em leito geral cirúrgico estimadas	6,2%	1,0	5,9	0,82	1
Cirurgia - 60 anos e mais	Internações 60 anos e mais em leito geral cirúrgico estimadas	18,5%	1,0	6,2	0,82	1

Nota: Internações através do modelo adotado. Proporção de internação com UTI e TMP = benchmarking percentil 25 capitais

Seção VII – Equipamentos para exames complementares do Diagnóstico

A estimativa da necessidade de equipamentos de diagnose necessita do conhecimento de sua indicação de uso e da capacidade de produção, considerada em relação ao horário de funcionamento dos serviços e o número de dias disponíveis para o uso. Por outro lado, a alocação de equipamentos de diagnose, para além dos parâmetros quantitativos, deve levar em consideração sua acessibilidade. Dada essa consideração, os parâmetros propostos para os equipamentos apresentam essa ressalva.

7.1 - Espirômetros

Previsão de realização de espirometrias:

DIAGNÓSTICO/ESTADIAMENTO	Estágio I	Estágio II	Estágios III e IV
Espirometria	1/caso	1/caso	1/ano

Quadro 53 - Memória de cálculo relativo aos exames de espirometrias:

DPOC	Estágio I (0,64)		Estágio II (0,297)		Estágios III e IV (0,063)	
	N casos	N exames	N casos (Nc2)	N exames	N casos (Nc3)	N exames
Incidência (8,5/1000)	Pop. >40 anos X 0,0085 X 0,64 = Nc1	Ne1 = Nc1 X 1	Pop. >40 anos X 0,0085 X 0,297 = Nc2	Ne2 = Nc2 X 1	Pop. >40 anos X 0,0085 X 0,063 = Nc3	Ne3 = Nc3 X 1
Prevalência (9,2%)	Pop. >40 anos X 0,092 X 0,64	-	Pop. >40 anos X 0,092 X 0,297 = Nc4	Ne4 = Nc4 X 1	Pop. >40 anos X 0,092 X 0,063 = Nc5	Ne5 = Nc5 X 1
N espirometrias	$Ne = Ne1 + Ne2 + Ne3 + Ne4 + Ne5$					
Mortalidade DPOC (0,63/1000)	$M = \text{Pop. > 40 anos} \times 0,00063$					
Outras indicações (10%)	$No = Ne/10$					
Total espirometrias	$Te = Ne + No - M$					

Estimativa da necessidade de equipamentos no Brasil, considerando o número de casos esperados e exames necessários.

Produtividade do equipamento	02 exames/hora
Rendimento	$Rr = 3.696$ exames/ano
Estimativa de necessidade de espirômetros	$= Te/Rr$

7.2 - Tomógrafos

Considera-se como área de cobertura máxima de um tomógrafo, para garantia do acesso ao exame principalmente em casos de urgência/emergência, um raio de 75 km ou 100 mil habitantes, o que for atingido primeiro.

7.3 - Pet Scan

A partir da revisão da literatura, adota-se o critério de uma unidade para 1,5 milhão de habitantes.

É necessário considerar a meia-vida do radiofármaco (FDG) utilizado, de 110 minutos. Portanto, ainda como critério para alocação do equipamento é necessário que o PET/CT esteja situado a uma distância que permita acesso ao radiofármaco em, no máximo, duas horas.

7.4 - Ultrassom convencional

O parâmetro considera, a partir da revisão da literatura, a necessidade de 150 ultrassonografias/1.000 habitantes/ano. Considera-se a produtividade, por equipamento/ano, de 3.024 exames.

Produtividade do equipamento	3.024 exames/ano
Estimativa de necessidade	150 exames/1.000 hab/ano

Para cálculo da necessidade estimada de ultrassonografias ao ano:

$$N \text{ ultrassonografias ao ano} = (\text{total da população} \times 150)/1000$$

Para estimativa do número de equipamentos de ultrassonografia (U):

$$U = N (\text{necessidade de ultrassonografias})/3.024$$

Ressalta-se que a alocação dos equipamentos deve considerar o acesso dos usuários aos exames.

7.5 - Ultrassom obstétrico

Dados para o cálculo da necessidade de ultrassonografias obstétricas:

Estimativa do número de gestantes (NG)	N de nascidos vivos (SINASC) X 1,05 (fator de ajuste)
Estimativa de gestantes de risco habitual (RH)	85% de NG
Estimativa de gestantes de alto risco (AR)	15% de NG

Indicação de ultrassonografias:

TODAS AS GESTANTES	
Ultrassom convencional	1 exame/gestante
GESTANTES DE ALTO RISCO	
Ultrassom convencional	2 exames/gestante
Ultrassom obstétrico com Doppler	1 exame/gestante

Cálculo do número de ultrassonografias convencionas necessárias (UC):

$$UC = RH + (2 \times AR)$$

Cálculo do número de ultrassonografias Doppler necessárias (UD):

$$UD = AR$$

Considerando a produtividade de cada equipamento como 3.024 exames/ano, o número de equipamentos convencionais (EqC) necessários seria:

$$EqC = UC/3.168$$

De ultrassons Doppler (EqD):

$$EqD = UD/3.024$$

Ressalta-se que os parâmetros definidos devem considerar o adequado acesso das gestantes ao exame. Nesse sentido, adota-se o parâmetro de um deslocamento máximo de 30 minutos para acesso ao exame, o que equivaleria a cerca de 30 km de distância.

7.6 - Mamógrafos

Dados para o cálculo da necessidade de mamografias/ano, consideram-se as indicações de realização dos exames:

Mulheres de 40 a 49 anos	10% - indicação de mamografia diagnóstica (<i>DI</i>)
	10% - outras indicações (<i>Ou</i>)
Mulheres de 50 a 59 anos	50% - indicação rastreamento (<i>RI</i>)
	8,9% - indicação diagnóstica (<i>D2</i>)

A partir da revisão da literatura, considera-se a produtividade do equipamento de realização de 6.758 exames/ano.

Cálculo do número necessário de mamografias/ano (*NM*):

$$NM = DI + D2 + RI + Ou$$

Cálculo do número necessário de mamógrafos:

$$Nm = NM/6.758$$

Para a alocação dos equipamentos deve-se considerar o acesso das usuárias ao exame. Para essa garantia propõe-se o parâmetro de tempo de deslocamento de 60 minutos, ou a distância máxima de 60 quilômetros.

7.9 - Ressonância magnética

A partir da revisão da literatura, considera-se:

Produtividade do equipamento	5.000 exames/ano
Estimativa de necessidade	30 exames/1.000 hab/ano

Para cálculo da necessidade estimada de ressonâncias ao ano:

$$N \text{ ressonâncias ao ano} = (\text{total da população} \times 30)/1.000$$

Para estimativa do número de equipamentos de ressonâncias (*U*):

$$U = N (\text{necessidade de ressonâncias})/5.000$$

Ressalta-se que a alocação dos equipamentos deve considerar o acesso dos usuários aos exames, considerando o tempo máximo de deslocamento de 60 minutos ou 30 Km.

7.10 - Cálculo de produtividade do equipamento de Diálise

Em cada “ponto de diálise”, podem ser atendidos até 6 pacientes por semana, com utilização máxima do equipamento.

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado
1º Turno	A	B	A	B	A	B
2º Turno	C	D	C	D	C	D
3º Turno	E	F	E	F	E	F

Nota 1: A, B, C, D, E, F correspondem à simulação da escala de pacientes;

Nota 2: 1º, 2º e 3º Turnos correspondem ao período de funcionamento = manhã, tarde e noite respectivamente;

Nota 3: As máquinas recomendadas para TRS devem ser as de proporção e que possuem somente um “ponto”.

Seção VIII - Hematologia e Hemoterapia

Parâmetros para o dimensionamento das necessidades da rede de serviços de hematologia e hemoterapia

8.1. Parâmetros para coleta de sangue

a) 1ª abordagem: por População

10 a 40 doações (*bolsa coletada**)/1.000 habitantes/ano

** Considera-se cada doação/coleta um doador com coleta efetivamente realizada.*

b) 2ª abordagem: por Leitos/complexidade

Número de bolsas necessárias para atendimento transfusional - Indica o número estimado de bolsas necessárias para atendimento transfusional de acordo com o tipo de unidade hospitalar por ano

Quadro 54 - Número de concentrado de hemácias necessárias para terapia transfusional em unidades hospitalares, por tipo de unidade, no ano.

TIPO DE UNIDADE HOSPITALAR	Total de concentrado de hemácias /LEITO/ANO	MÉDIA SUGERIDA
Hospital sem UTI e sem atendimento de Urgência e Emergência	3 a 5	4
Hospital com UTI ou atendimento de Urgência e Emergência	6 a 9	8
Hospital com UTI e com atendimento de Urgência e Emergência	10 a 15	13
Hospital com UTI/ atendimento de Urgência e Emergência e Alta Complexidade	16 a 20	17
Hospital de Referência estadual com Urgência e Emergência/Cirurgia cardíaca hemoglobinopatias/oncologia hematológica	21 a 50	30

Sugere-se que seja feita a análise considerando o número mínimo, médio e máximo de bolsas/leito/ano.

Observações:

As duas abordagens, com base na população e complexidade de leitos hospitalares, devem ser analisadas criticamente para avaliação de atendimento do parâmetro de coleta de sangue. É importante destacar em algumas regiões também são assistidos pacientes de outras

áreas geográficas, e que a avaliação isolada do atendimento de doações de sangue considerando a cobertura populacional pode fornecer dados equivocadas de atendimento adequado.

Pode ser também considerado, o percentual de inaptidão por testes de triagem laboratorial para infecções transmissíveis por transfusão (sorologia e NAT), por meio da seguinte metodologia:

Denominação: Percentual de inaptidão por testes de triagem laboratorial para infecções transmissíveis por transfusão:

Método de Cálculo: . Número de doadores de sangue considerados inaptos nos testes de triagem (sorologia e NAT) para infecções transmissíveis por transfusão / Total de doações de sangue X 100

Interpretação: Indica o percentual de doadores de sangue que foram inaptados por testes de triagem laboratorial para infecções transmissíveis por transfusão.

Atendimento de contingências

Cabe destacar ainda que a Organização Pan-Americana da Saúde recomenda que aos números resultantes das estimativas totais de doações necessárias, devem ser acrescentados 4% das doações/ano, o equivalente a coleta de duas semanas, para cobrir situações não previstas, como desastres, pandemias e campanhas de vacinação em massa de emergência em adultos.

8.2. Parâmetros para transfusão

a) 1ª abordagem: por Leitos

Leitos hospitalares (excluir leitos crônicos e psiquiátricos) x 7 – 10 transfusões de concentrados de hemácias (CH)/leito/ano.

Exemplo:

Número total de leitos hospitalares	40.000
Número de leitos crônicos e psiquiátricos	12.000
Número de CH necessários	$(40.000 - 12.000) \times 7 = 196.000$

Sugere-se que seja feita a análise considerando todo o intervalo, de 7 a 10, de concentrados de hemácias (CH)/leito/ano.

b) 2ª abordagem: por Leitos/complexidade

Número de concentrado de hemácias necessário para atendimento transfusional Indica o número estimado de transfusões para atendimento transfusional de acordo com o tipo de unidade hospitalar por ano

Quadro 55 - Número de concentrado de hemácias necessárias para terapia transfusional em unidades hospitalares, por tipo de unidade, no ano.

TIPO DE UNIDADE HOSPITALAR	TOTAL DE BOLSAS/LEITO/ANO	MÉDIA SUGERIDA
Hospital sem UTI e sem atendimento de Urgência e Emergência	3 a 5	4
Hospital com UTI ou atendimento de Urgência e Emergência	6 a 9	8
Hospital com UTI e com atendimento de Urgência e Emergência	10 a 15	13
Hospital com UTI/ atendimento de Urgência e Emergência e Alta Complexidade	16 a 20	17
Hospital de Referência estadual com Urgência e Emergência/Cirurgia cardíaca hemoglobinopatias/oncologia hematológica	21 a 50	30

Observações:

Cabe ressaltar que os valores encontrados para esses parâmetros podem resultar em uma demanda de hemocomponentes que nem sempre se concretiza, considerando que a mesma depende das tecnologias disponíveis para o tipo de atendimento, bem como da qualificação da equipe médica e clínica do hospital.

8.3. Parâmetros de produtividade - Capacidade produtiva dos recursos disponíveis

a) Parâmetros para desenho da rede

Uma maneira para definir o tipo de serviço a ser implantado em determinada região é utilizando o sistema de pontuação abaixo proposto.

Quadro 56 - Critérios e mecanismo de pontuação a serem considerados para definição do tipo de serviço a ser implantado em determinada região

CRITÉRIO	MUNICÍPIO	PONTOS	REGIONAL	PONTOS
SEDE REGIONAL	SIM	2	-	-
	NÃO	0		
POPULAÇÃO (número de habitantes)	> 200.000	3	> 550.000	3
	199.999 a 100.000	2	549.999 a 301.000	2
	99.999 a 50.000	1		
NÚMERO DE HOSPITAIS (clínicos e cirúrgicos, excluir hospitais psiquiátricos e de pacientes crônicos)	> 9	3	> 30	3
	8 a 6	2	29 a 15	2
	< 6	1	< 15	1
NÚMERO DE LEITOS (excluir leitos crônicos e psiquiátricos)	> 400	3	> 1500	3
	399 a 120	2	1499 a 551	2
	< 119	1	< 550	1
NÚMERO DE MUNICÍPIOS	-	-	>40	3
			39 a 21	2
			< 20	1
NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM HOSPITAIS (clínicos e cirúrgicos, excluir hospitais psiquiátricos e de pacientes crônicos)	-	-	> 20	3
			19 a 11	2
			< 10	1

Observações:

Os parâmetros para desenho da rede devem ser baseados nas distâncias e características populacionais e de estrutura assistencial. São referências, mas deve-se considerar a estrutura já existente e as particularidades regionais. Ressalta-se ainda que o tipo de serviço que será implantado, além dos aspectos já mencionados deve-se considerar a possibilidade de centralização da sorologia, imuno-hematologia e processamento, como estratégia para a busca da qualidade do sangue, bem como o nível de descentralização da coleta e transfusão, necessário para a garantia da cobertura assistencial na sua área de abrangência.

O município ou região de saúde avaliada deve ser analisada seguindo cada critério estabelecido (sede regional, população, número de hospitais, número de leitos, número de municípios e número de municípios com hospitais) recebendo a pontuação de acordo com os pontos definidos na tabela. O cálculo do escore deve ser feito considerando a soma dos pontos obtidos. O tipo de Serviço de Hemoterapia e Hematologia recomendado de acordo com o escore obtido deve ser interpretado conforme descrito na tabela abaixo:

SERVIÇO	PONTOS
Hemocentro Regional	≥ 20
Núcleo de Hemoterapia	12 a 19
Unidade de Coleta fixa	9 a 11
Agência Transfusional e Coletas Externas	< 9

Nos locais em que não existir unidades fixas de coleta, deve-se avaliar a realização de coletas externas.

b) Parâmetros para estruturação das atividades de coleta, processamento, triagem sorológica e imuno-hematológica e de biologia molecular

Os parâmetros abaixo apresentados foram definidos levando-se em consideração a otimização de recursos necessários para implantação e/ou adequação de um Serviço de Hemoterapia e Hematologia (SHH). O objetivo é que se garanta uma produção mínima que justifique os recursos de investimento que necessariamente serão mobilizados para implantação deste serviço.

b.1 Coleta

Na implantação de um serviço de hemoterapia deverá ser observada a capacidade de coleta de sangue do estabelecimento. Orienta-se a coleta de no mínimo 400 bolsas / mês, garantindo-se a possibilidade da não implantação de um serviço deficitário.

Na avaliação da rede existente, caso existam serviços que colem menos de 20 bolsas / dia, deverá ser avaliada a transformação deste serviço em Agência Transfusional, garantindo-se a coleta por meio de coleta externa de um serviço de referência.

Para a identificação da Capacidade Operacional (CO) do SHH, o cálculo da fórmula abaixo facilitará o entendimento. Ressalta-se que o número de horas/dia de funcionamento das cadeiras deverá levar em consideração a utilização efetiva das mesmas. Neste cálculo especificamente, deve ser lembrado que na maioria das regiões do Brasil o maior afluxo de doadores ocorre no turno matutino.

i. Capacidade Operacional do Serviço de Hemoterapia:

$CO \text{ Mensal} = 03 \text{ coletas/hora} \times n^\circ \text{ de horas/dia de funcionamento do SHH} \times n^\circ \text{ de cadeiras de coleta} \times n^\circ \text{ de dias de funcionamento do SHH.}$

A análise para avaliar a adequação da capacidade operacional do SHH deve considerar número de coletas necessárias definidos pelos parâmetros de cobertura. Deve-se considerar a capacidade operacional existente e a necessidade de sua adequação.

b.2 Processamento

As unidades de processamento dos SHH devem processar no mínimo 120 a 150 bolsas de sangue/dia. Caso este parâmetro não seja possível de ser atendido, o SHH deverá encaminhar as bolsas de sangue total para o serviço de referência para o processamento. Cabe uma exceção para os SHH distantes 02 (duas) ou mais horas do serviço de referência. Deve-se considerar também nessa análise a viabilidade e o custo do transporte e as condições permanentes e adequadas de acesso.

b.3 Triagem para infecções transmissíveis por transfusão

i. Sorologia

Por ser uma atividade onde o ganho de escala é fator crítico para a qualidade e redução dos custos, recomenda-se a proposta de automação completa com interfaceamento e centralização/regionalização.

Os laboratórios de sorologia devem testar no mínimo 300 a 400 amostras/dia. Caso este parâmetro não seja possível de ser atendido, o SHH deverá encaminhar as amostras para o serviço de referência para testagem. Deve-se considerar também nessa análise a viabilidade e o custo do transporte e as condições permanentes e adequadas de acesso.

ii. Laboratório NAT

Para a realização do NAT, a implantação de laboratórios deve atender o disposto na Portaria 193/2014, a saber:

“Art. 3º Os serviços de hemoterapia públicos que realizarão os testes NAT serão habilitados como Sítios Testadores NAT (SITNAT) para testagem das amostras provenientes de coletas de sangue no âmbito do SUS. § 1º A habilitação dos SITNAT será definida pela Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH), do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), e as regras para o seu funcionamento serão orientadas por meio de manual operacional emitido por esta coordenação”.

8.4. Exames imuno-hematológicos do doador

Por ser uma atividade onde o ganho de escala é fator crítico para a qualidade e redução dos custos, recomenda-se a proposta de automação completa com interfaceamento e centralização/regionalização.

Os laboratórios de imuno-hematologia do doador devem testar no mínimo 300 a 400 amostras/dia. Caso este parâmetro não seja possível de ser atendido, o SHH deverá encaminhar as amostras para o serviço de referência para testagem. Deve-se considerar também nessa análise a viabilidade e o custo do transporte e as condições permanentes e adequadas de acesso.

8.5. Consultas hematológicas

Para o dimensionamento de consultas hematológicas sugere-se o parâmetro de 4% do total de consultas realizadas.

8.6. Fontes de Informação Sugeridas

É extrema importância acesso às bases de dados populacionais, hemoterápicas e hospitalares para a obtenção das informações desejadas. Neste sentido, sugerimos como fonte de informação bases de dados nacionais e estaduais, dentre as quais destacamos:

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
- Sistema de Informação Ambulatorial do Ministério da Saúde - SIA/MS
- Sistema de Informação Hospitalar do Ministério da Saúde - SIH/MS
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde - CNES/MS
- Sistema de Informação de Produção Hemoterápica - HEMOPROD do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
- Sistema de gerenciamento do ciclo do sangue dos serviços de hemoterapia
- Publicação *Caderno de Informação – Sangue e Hemoderivados* do Ministério da Saúde
- Publicação *Perfil das Coagulopatias Hereditárias no Brasil* do Ministério da Saúde

CAPITULO 2

Coletânea de normas, critérios e parâmetros vigentes e com caráter normativo para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde que constam em Políticas já regulamentadas pelo Ministério da Saúde

Os critérios e parâmetros constantes neste capítulo foram extraídos das Políticas já regulamentadas pelo Ministério da Saúde. Possuem caráter normativo seja para habilitação e/ou credenciamento, conforme a portaria que está especificada como fonte em cada item.

1. Atenção Básica - Especificidades da Equipe de Saúde da Família

FONTE: PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

- 1.1. Agente Comunitário de Saúde: O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;
- 1.2. Equipe de Saúde da Família: Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;
- 1.3. Médico ESF: Serão admitidas também, além da inserção integral (40h), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família ou médicos de Família e Comunidade nas equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:
 - I - Um médico cumprindo jornada de 20 horas semanais é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com essa configuração são denominadas equipes transitórias.
- 1.4. Equipe de Saúde da Família modalidade Transitória: A quantidade de equipes de Saúde da Família na modalidade transitória ficará condicionada aos seguintes critérios:
 - I - Município com até 20 mil habitantes e contando com uma a três equipes de Saúde da Família poderá ter até duas equipes na modalidade transitória;

II - Município com até 20 mil habitantes e com mais de três equipes poderá ter até 50% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

III - Municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes poderá ter até 30% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

IV - Município com população entre 50 mil e 100 mil habitantes poderá ter até 20% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória; e

V - Município com população acima de 100 mil habitantes poderá ter até 10% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória.

2. Atenção Básica - Especificidades da Estratégia de agentes Comunitários de Saúde

FONTE: PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

2.1. EACS/UBS: É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica, com vistas à implantação gradual da Estratégia Saúde da Família ou como forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica. São itens necessários à implantação desta estratégia:

I - A existência de um enfermeiro para até, no máximo, 12 (doze) ACS e, no mínimo, 4 (quatro) , constituindo, assim, uma equipe de agentes comunitários de saúde; e

II - Fica garantido o financiamento das equipes de agentes comunitários de saúde já credenciadas em data anterior a esta portaria que não estão adequadas ao parâmetro de um enfermeiro para, no máximo, 12 ACS, porém extinta a possibilidade de implantação de novas equipes com essa configuração a partir da publicação desta portaria.

III - Cada ACS deve realizar as ações previstas nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas.

3. Atenção Básica - Equipes de atenção básica para populações específicas

FONTE: PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

3.1. Equipes do consultório na rua: Para cálculo do teto das equipes dos consultórios na rua de cada município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais

relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

3.2. Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense: Devido à grande dispersão populacional, os municípios poderão solicitar ampliação da composição mínima das equipes de Saúde da Família Fluviais e equipes de Saúde da Família Ribeirinhas conforme o quadro abaixo, fazendo jus a um incentivo para cada agregação a ser definido em portaria específica:

Quadro 57 – Composição mínima das equipes para populações específicas

Profissionais	Critério para solicitação de ampliação da equipe	Máximo
Agente comunitário de saúde.	Trabalhador vinculado a no mínimo, 100 pessoas.	12
Auxiliar ou técnico de enfermagem	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 500 pessoas.	4
Técnico em saúde bucal	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 500 pessoas	1
Enfermeiro	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 1.000 pessoas.	2

4. Atenção Básica - Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

FONTE: PORTARIA Nº 3.124, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012 que redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família podem ser organizados, com financiamento federal, nas modalidades NASF 1, NASF 2 e NASF 3, seguindo os parâmetros e critérios abaixo estabelecidos:

- 4.1. Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);
- 4.2. Cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);
- 4.3. Cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.

5. Atenção Básica - Programa Nacional de Telessaúde Brasil

FONTE: PORTARIA Nº 2.859, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2014 que institui o incentivo financeiro de custeio mensal destinado aos Núcleos Intermunicipais e Estaduais de Telessaúde do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, e dá outras providências.

As equipes da Atenção Básica de que trata este Programa incluem:

- I - as Equipes de Saúde da Família;
- II - as Equipes de Atenção Básica;
- III - as Equipes de Atenção Domiciliar;
- IV - os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- V - as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR);
- VI - as Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF);
- VII - as equipes dos Consultórios na Rua; e
- VIII - todas as demais equipes previstas ou que venham a ser previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

5.1. O porte dos Núcleos de Telessaúde está relacionado à quantidade de equipes da Atenção Básica participantes, observada a seguinte graduação:

I - porte I: 80 (oitenta) a 199 (cento e noventa e nove) equipes da Atenção Básica participantes;

II - porte II: 200 (duzentas) a 399 (trezentas e noventa e nove) equipes da Atenção Básica participantes;

III - porte III: 400 (quatrocentas) a 599 (quinhentas e noventa e nove) equipes da Atenção Básica participantes; e

IV - porte IV: a partir de 600 (seiscentas) equipes da Atenção Básica participantes.

6. Média e Alta complexidade – Saúde Auditiva

FONTE: PORTARIA GM/MS Nº 2.776, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2014, que Aprovou diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS)..

6.1. CONDIÇÕES TÉCNICAS DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE HABILITADOS À ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

O estabelecimento de saúde habilitado em Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deve realizar, no mínimo:

I - 24 (vinte e quatro) atos operatórios de implantes cocleares ao ano;

II - 3 (três) cirurgias de prótese auditiva ancorada no osso ao ano;

III - 144 (cento e quarenta e quatro) cirurgias otológicas ao ano, listadas no anexo II a esta Portaria, em pacientes do SUS; e

IV - 480 (quatrocentos e oitenta) consultas otorrinolaringológicas ao ano.

6.2. Proporcionalidade

CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR (UNI OU BILATERAL)	CIRURGIA DE PROTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	CIRURGIAS OTOLÓGICAS	CONSULTAS MÉDICAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS
08	01	48	160

7. Média e Alta complexidade – Tratamento Reparador em Portadores HIV/AIDS – Lipodistrofia, Lipoatrofia Facial.

FONTES: PORTARIA CONJUNTA SAS SVS Nº01, DE 20 JANEIRO DE 2009 - PORTARIA Nº 116, DE 22 DE JANEIRO DE 2009)

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

I - 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.

8. Média e Alta complexidade – Assistência Oftalmológica

FONTE: PORTARIA Nº 288, DE 19 DE MAIO DE 2008)

8.1. NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E CREDENCIAMENTO/ HABILITAÇÃO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA E CENTROS DE REFERÊNCIA EM OFTALMOLOGIA

I - Promovam atendimento ambulatorial em oftalmologia, conforme o estabelecido na rede de atenção pelo Gestor, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, do qual deverá constar a quantidade de consultas eletivas a serem ofertadas, com base no parâmetro de no mínimo:

> 240 consultas/mês para cada serviço para os que realizarem procedimentos de alta complexidade UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA

> 600 consultas/mês para cada CENTROS DE REFERÊNCIA EM OFTALMOLOGIA Centro de Referência em Oftalmologia, de acordo com as necessidades definidas pelo gestor local, sendo que 15% deste quantitativo sejam destinados a menores de 15 anos;

Assegurem atenção pós-operatória continuada a todos pacientes que sejam submetidos a ações terapêuticas oftalmológicas na unidade;

Ofertem um mínimo de 30 % do número de diagnose e terapia clinica e cirúrgica, em oftalmologia para procedimentos de alta demanda e baixa oferta nas Unidades de Atenção Especializada e os Centros de Referência em Oftalmologia, mediante termo de compromisso firmado com o Gestor do SUS;

9. Média e Alta complexidade –Assistência Cardiovascular

FONTES: PORTARIA Nº 210 DE 15 DE JUNHO DE 2004 Modificada conforme PORTARIA Nº 123 DE 28 DE FEVEREIRO DE 2005 e PORTARIA Nº 384 DE 26 DE MAIO DE 2006.

9.1. NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E CREDENCIAMENTO DE UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR

I - Estrutura Assistencial

Diagnóstico e tratamento destinado ao atendimento de pacientes portadores de doença do sistema cardiovascular, compondo a rede de assistência aos pacientes portadores de doenças cardiovasculares, incluindo:

- atendimento ambulatorial de cardiologia clínica conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor público, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas a serem ofertadas, com um número total mínimo de 267 consultas/mês, para cada 180 cirurgias cardiovasculares/ano, de acordo com as necessidades definidas pelo gestor;
- atendimento ambulatorial de cardiologia clínica pediátrica conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor público, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas a serem ofertadas, com um número total mínimo de 179 consultas/mês, para cada 120 cirurgias cardiovasculares/ano, de acordo com as necessidades definidas pelo gestor;
- atendimento ambulatorial de angiologia e cirurgia vascular conforme o estabelecido na rede de atenção pelo gestor público, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas a serem ofertadas, com um número total mínimo de 100 consultas/mês, para cada 180 cirurgias vasculares/ano, de acordo com as necessidades definidas pelo gestor;
- exames de diagnose e terapia em cardiologia e vascular (disponíveis para a Rede), de acordo com as necessidades definidas pelo gestor, conforme abaixo:

Cardiologia

Ergometria - No mínimo 80 exames mês /180 cirurgias ano

Holter - No mínimo 30 exames mês /180 cirurgias ano

Ecocardiograma - No mínimo 130 exames mês /180 cirurgias ano

Vascular

Ultrasonografia com doppler colorido de três vasos - No mínimo 80 exames mês/180 cirurgias ano

9.2. NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM “SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR”

I - Produção do serviço

Os Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular devem realizar, em média, 15 (quinze) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 180 (cento e oitenta) anuais de alta complexidade em pacientes do Sistema Único de Saúde. No cálculo desta produção não serão computados os implantes ou trocas de marcapassos.

9.3. NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM “SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA”

I - Produção do serviço

Os Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, devem realizar, em média, 10 (dez) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 120 (cento e vinte) anuais em alta complexidade em pacientes do Sistema Único de Saúde. No cálculo desta produção não serão computados os implantes ou trocas de marcapassos. A avaliação do volume de prestação de serviços será realizada anualmente. A unidade ou o serviço que não alcançar o mínimo de procedimentos cirúrgicos nos últimos 12 meses, será auditado no sentido da continuidade ou não do credenciamento.

Obs.: A Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular que possui Serviço de Cirurgia Cardiovascular e Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica devem solicitar os dois credenciamentos, separadamente, devendo realizar, em média, 20 (vinte) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 240 (duzentos e quarenta) anuais de alta complexidade em pacientes do Sistema Único de Saúde. No cálculo desta produção não será computados os implantes ou trocas de marcapassos.

9.4. NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM “SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM PROCEDIMENTOS DA CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA”

I - Produção do serviço

Os Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista, devem realizar, em média, 12 (doze) procedimentos terapêuticos em cardiologia intervencionista mensais ou, no mínimo, 144 (cento e quarenta e quatro) anuais de alta complexidade em pacientes do Sistema Único de Saúde. No cálculo desta produção não serão computados os estudos hemodinâmicos ambulatoriais.

9.5. NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM “SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA VASCULAR”

Produção do serviço:

Os Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Vascular devem realizar, em média, 15 (quinze) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 180 (cento e oitenta) anuais de alta complexidade em pacientes do Sistema Único de Saúde.

9.6. NORMAS PARA CREDENCIAMENTO EM “SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES EXTRACARDÍACOS”

I - Produção do serviço

Os Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos devem realizar, em média, 10 (dez) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 120 (cento e vinte) anuais de alta complexidade em pacientes do Sistema Único de Saúde.

9.7. NORMAS ESPECÍFICAS PARA CREDENCIAMENTO EM “SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA”

I - Produção do Serviço

Os Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia devem realizar, no mínimo, 60 (sessenta) procedimentos anuais de alta complexidade em pacientes do Sistema Único de Saúde.

10. Média e Alta complexidade – Assistência Neurocirurgia

FONTES PORTARIA SAS/MS nº 756, de 27 de dezembro de 2005, que Definiu as Redes Estaduais e/ou Regionais de Assistência ao paciente Neurológico.

10.1. NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO, CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO DE UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA E CENTROS DE REFERÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA

I - Estrutura Assistencial

Oferte número de exames de diagnose e terapia, abaixo relacionados, em neurologia para cada conjunto de 150 (cento e cinquenta) procedimentos de alta complexidade, a serem ofertados mediante termo de compromisso firmado com o Gestor Local do SUS;

Exame	Número exames/mês
Eletroencefalograma	100
Ecodoppler Arterial	60
Eletroneuromiografia	50

11. Oferta do TROMBOLÍTICO TENECTEPLASE no SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

FONTE: PORTARIA Nº 2.777, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2014

11.1. uso do medicamento trombolítico Tenecteplase no âmbito do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) - BASE DE CÁLCULO DO FINANCIAMENTO PARA A OFERTA DO TROMBOLÍTICO TENECTEPLASE NO SAMU 192

Taxa de mortalidade geral extra-hospitalar por IAM (Infarto Agudo do Miocárdio):
> 2 óbitos para cada 10.000 pessoas (2:10.000).

Estimativa do número de trombólises pré-hospitalares a serem realizadas por ano com base na taxa de mortalidade geral extra-hospitalar por IAM (população coberta pelo respectivo SAMU 192 declarada na documentação de habilitação x Taxa de mortalidade geral extra-hospitalar por IAM):

> 2 óbitos para cada 10.000 pessoas (2:10.000) x 15% (fator de correção que leva em conta tanto a elegibilidade para o tratamento trombolítico quanto o alcance de cobertura do SAMU 192).

O resultado da operação anterior corresponde ao número de trombólises a serem realizadas por ano no respectivo SAMU 192, isto é, o número de frascos que deverão ser financiados anualmente.

OBS: Para as capitais de cada Unidade da Federação, serão acrescidos 20% à estimativa do número de trombólises pré-hospitalares a serem realizadas por ano com base na taxa de mortalidade geral extra-hospitalar por IAM para fins de disponibilidade de recursos financeiros.

12. Transplantes

12.1. Transplantes – CNCDO - Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos:

FONTE: PORTARIA Nº 2.922, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2013 que Instituiu, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), o Plano Nacional de Apoio às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (PNA-CNCDO) e cria incentivos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes e de custeio mensal.

As CNCDO classificam-se em:

CNCDO Porte I: CNCDO cuja relação entre o número de doadores efetivos por milhão de população (PMP) seja igual ou maior que 7 PMP;

CNCDO Porte II: CNCDO cuja relação entre o número de doadores efetivos por milhão de população (PMP) seja menor que 7 PMP.

12.2. Transplantes – OPO - Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos

FONTE: PORTARIA Nº 2.601, DE 21 DE OUTUBRO DE 2009 que Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos - OPO.

A implantação de OPO em cada capital de Estado e nos principais aglomerados urbanos do País, na razão aproximada de 1 (uma) OPO para cada 2.000.000 (dois milhões) de habitantes, levando-se em consideração a distribuição geográfica da população e o perfil da rede assistencial existente.

12.3. Transplantes - CIHDOTT - Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

FONTE: PORTARIA Nº 2.600, DE 21 DE OUTUBRO DE 2009 que Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

A criação das CIHDOTTs será obrigatória naqueles hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecida a seguinte classificação:

CIHDOTT tipo I: estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico;

CIHDOTT tipo II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano; e

CIHDOTT tipo III: estabelecimento de saúde não-oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgão.

12.4. TCTH - Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas

FONTE: PORTARIA Nº 2.600, DE 21 DE OUTUBRO DE 2009 que Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

Os hospitais autorizados para TCTH, credenciados/habilitados ou não no SUS, deverão ser classificados nas categorias abaixo:

> tipo I: hospitais com serviço de hematologia com TCTH autólogo com estrutura e equipe técnica definidas nas normas específicas desta Portaria e Anexos. A produção mínima anual de 10 (dez) transplantes autólogos deverá ser alcançada e mantida, após os 2 (dois) primeiros anos de atividade do serviço;

> tipo II: hospitais com serviço(s) de transplante destinado(s) aos TCTH autólogo e alogênico aparentado com estrutura e equipe técnica definidas nas normas específicas desta Portaria e Anexos, e com pelo menos 2 (dois) anos de atividade como tipo I, condicionada pela avaliação da Coordenação-Geral do SNT. A produção mínima anual de 20 (vinte) transplantes, sendo 10 (dez) autólogos e 10 (dez) alogênicos aparentados - considerada a capacidade instalada e a disponibilidade de doadores para transplantes alogênicos aparentados por ano - deverá ser alcançada e mantida, após os 2 (dois) primeiros anos de atividade do serviço; No caso do centro transplantador não alcançar a produção mínima anual, não será considerada a progressão para a próxima categoria, podendo ser avaliada apenas a renovação da autorização;

> tipo III: hospitais com serviço de transplante destinado aos TCTH autólogos e alogênicos aparentados e não-aparentados, com estrutura e equipe técnica definidas nas normas específicas desta Portaria e Anexos, com base na avaliação da Coordenação-Geral do SNT, e na necessidade de criação de novos serviços. A produção mínima anual de 30 (trinta) transplantes, sendo 10 (dez) autólogos e 20 (vinte) alogênicos aparentados ou não-aparentados - considerada a capacidade instalada, deverá ser alcançada e mantida, após os 2 (dois) primeiros anos de atividade do serviço.

12.5. TRANSPLANTES – IFTDO (Incremento Financeiro para a realização de procedimentos de Transplantes e o processo de Doação de Órgãos):

FONTE: PORTARIA Nº 845, DE 2 DE MAIO DE 2012, que estabeleceu estratégia de qualificação e ampliação do acesso aos transplantes de órgãos sólidos e de medula óssea, por meio da criação de novos procedimentos e de custeio diferenciado para a realização de procedimentos de transplantes e processo de doação de órgãos.

Os estabelecimentos de saúde potencialmente destinatários do IFTDO deverão atender aos indicadores de qualidade definidos na Portaria GM/MS 845/2012 e serão classificados em 4 (quatro) níveis, de acordo com a complexidade, conforme delineado a seguir:

I - Nível A - estabelecimentos de saúde autorizados para 4 (quatro) ou mais tipos de transplantes de órgãos sólidos ou autorizados para transplante de medula óssea alogênico não aparentado; (Retificado no DOU nº 138 de 18.07.2012, seção I, pág. 30)

II - Nível B - estabelecimentos de saúde autorizados para 3 (três) tipos de transplantes de órgãos sólidos;

III - Nível C - estabelecimentos de saúde autorizados para 2 (dois) tipos de transplantes de órgãos sólidos ou para pelo menos 1 (um) tipo de transplante de órgão sólido e transplante de medula óssea alogênico aparentado; e

IV - Nível D - estabelecimentos de saúde autorizados para 1 (um) tipo de transplante de órgão sólido.

Observação: . Os estabelecimentos que realizarem um índice mínimo de 3 (três) transplantes por milhão de população brasileira, por ano, mesmo que de apenas um órgão sólido (rim, fígado, pulmão ou coração) serão classificados como Nível A.

13. Oncologia

13.1 CACON e UNACON

PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE HABILITADOS COMO CACON E UNACON

FONTES: PORTARIA Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014 que Redefiniu 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 Sistema Único de Saúde (SUS).

O número de estabelecimentos de saúde a serem habilitados como CACON ou UNACON observará a razão de 1 (um) estabelecimento de saúde para cada 500.000 (quinhentos mil) habitantes.

- i. Nos Estados da Região Norte, em áreas com população menor que 500.000 (quinhentos mil) habitantes e densidade demográfica inferior a 2 habitantes/km², poderá ser proposta, pela respectiva CIB, a habilitação de estabelecimento de saúde como UNACON, levando-se em conta características técnicas, ofertas disponíveis no Estado e necessidade de acesso regional.
- ii. Nos Estados das Regiões Sul e Sudeste, por apresentarem maior contingente de população acima de 50 (cinquenta) anos, será admitida habilitação de estabelecimento de saúde como CACON ou UNACON para áreas com população inferior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes, desde que, nessa população, haja estimativa de 900 (novecentos) casos novos anuais de câncer (CNC/ano), excetuando-se o câncer de pele (não melanoma).
- iii. Os estabelecimentos de saúde habilitados como CACON ou UNACON de maior porte poderão responder pela assistência de áreas geográficas contíguas com população múltiplas de 500 (quinhentos) mil habitantes mediante programação e regulação pactuadas na CIR, aprovação pela respectiva CIB e comprovação de capacidade de atenção compatível com a população sob sua responsabilidade.

Os estabelecimentos de saúde habilitados como CACON ou UNACON com atendimento em oncologia pediátrica (de crianças e adolescentes) ou hematológica (de crianças, adolescentes e adultos) deverão responder pela cobertura de regiões de saúde, contíguas ou não, considerando o perfil epidemiológico dos cânceres pediátricos ou hematológicos no país, sendo que, para garantir a qualidade da assistência, o **parâmetro mínimo de atendimento adotado** é de, em média, 100 casos novos/ano, para cada área (pediatria e hematologia):

- i. Na Região Norte, será observada a razão de 1 (um) estabelecimento de saúde habilitado para cada 3.500.000 (três milhões e quinhentos mil) habitantes.
- ii. Na Região Nordeste, será observada a razão de 1 (um) estabelecimento de saúde habilitado para cada 2.700.000 (dois milhões e setecentos mil) habitantes.
- iii. Na Região Centro-Oeste, será observada a razão de 1 (um) estabelecimento de saúde habilitado para cada 1.700.000 (um milhão e setecentos mil) habitantes.
- iv. Nas Regiões Sudeste e Sul, será observada a razão de 1 (um) estabelecimento de saúde habilitado para cada 1.300.000 (um milhão e trezentos mil) habitantes.

Cada estabelecimento de saúde habilitado como CACON e UNACON que tenha como responsabilidade uma população de 500.000 (quinhentos mil) habitantes ou 900 (novecentos) casos novos de câncer/ano (ou seus múltiplos a mais), exceto o câncer não melanótico de pele, observará os seguintes **parâmetros mínimos de produção** anuais relacionados às seguintes modalidades de tratamento do câncer:

I - 650 (seiscentos e cinquenta) procedimentos de cirurgia de câncer;

II - 5.300 (cinco mil e trezentos) procedimentos de quimioterapia; e

III - 43.000 (quarenta e três mil) dos seguintes campos de radioterapia, por equipamento(s) instalado(s):

a) Cobaltoterapia;

b) Acelerador Linear de Fótons; e

c) Acelerador Linear de Fótons e Elétrons.

Cada estabelecimento de saúde habilitado como CACON ou UNACON inclusive em complexo hospitalar, que tenha como responsabilidade uma população de 500.000 (quinhentos mil) habitantes ou 900 casos novos de câncer/ano, exceto o câncer não melanótico de pele, observarão os seguintes **parâmetros mínimos mensais para ampliação de oferta de procedimentos** relacionados a consultas especializadas e exames diagnósticos e de seguimento, por tipo:

I - 500 (quinhentas) consultas especializadas;

II - 640 (seiscentos e quarenta) exames de ultrassonografia;

III - 160 (cento e sessenta) endoscopias;

IV - 240 (duzentas e quarenta) colonoscopias e retossigmoidoscopias; e

V - 200 (duzentos) exames de anatomia patológica.

OBS. A produção de procedimentos esperada de cada estabelecimento de saúde habilitado como CACON ou UNACON será calculada com base na população sob sua responsabilidade e de acordo com a modalidade de habilitação

13.2 SRC e SDM

Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) e Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM):

FONTES: PORTARIA Nº 189, DE 31 DE JANEIRO DE 2014 que Instituiu o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.

Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) e Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM):

Quadro 58 - Produção mínima anual a ser atingida, por estabelecimento habilitado como SRC e/ou como SDM, de acordo com o porte populacional do Município ou da região de saúde.

Procedimentos	Porte populacional (habitantes) - Habilitação como SRC		
	até 49.999	de 50.000 a 499.999	mais de 500.000
Coleta de material p/ exame citopatológico de colo uterino	-	-	-
Colposcopia	200	400	800
Biópsia do colo uterino	20	60	100
Exerese da zona de transformação do colo uterino	30	60	80
Ultrassonografia pélvica (ginecológica)	90	150	250
Ultrassonografia transvaginal	300	700	1.500
Procedimentos	Porte populacional (habitantes) - Habilitação como SDM		
	de 150.000 a 299.999	de 300.000 a 499.999	mais de 500.000
Biópsia/exerese de nódulo de mama	60	80	100
Mamografia bilateral para rastreamento	3.000	3.500	4.500
Mamografia unilateral	300	400	550
Punção aspirativa de mama por agulha fina	60	80	100
Punção de mama por agulha grossa	40	60	100
Ultrassonografia mamária bilateral	400	550	700

14. Ortopedia

FONTE: PORTARIA SAS/MS Nº 90 DE 27 DE MARÇO DE 2009 que Definiu Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade

NORMAS DE CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO DAS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA E DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE ALTA COMPLEXIDADE

ESTRUTURA FÍSICA E FUNCIONAL MÍNIMA PARA SERVIÇOS HOSPITALARES ESPECÍFICOS

ENFERMARIA – com o mínimo de 08 (oito) leitos específicos ou de reserva programada destinados ao atendimento em Ortopedia ou Traumatologia.

ENFERMARIA – com o mínimo de 08 (oito) leitos específicos ou de reserva programada destinados ao atendimento em Ortopedia ou Traumatologia.

Os hospitais credenciados como Unidades de Assistência devem realizar, pelo SUS, consultas gerais em ortopedia, em uma proporção mínima de 15 consultas para cada procedimento cirúrgico.

Os hospitais credenciados como Unidades de Assistência devem realizar, pelo SUS no mínimo, 40 procedimentos de cirurgia de traumatologia e ortopedia, por leito, por ano.

Os hospitais credenciados como Unidades de Assistência, habilitados para procedimentos de alta complexidade, e os Centros de Referência devem realizar, pelo SUS, no mínimo 12 procedimentos de cirurgia traumato-ortopédica de média complexidade para cada procedimento de alta complexidade (7% - 8%).

A avaliação da prestação de serviços será realizada anualmente. O hospital credenciado/habilitado que não tenha alcançado o mínimo de procedimentos cirúrgicos nos últimos 12 meses terá sua habilitação reavaliada.

15. Rede De Atenção Psicossocial – RAPS

15.1 CAPS e Leitos para Psiquiatria

FONTE: PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011, que Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quadro 59 – Parâmetros para definir Ponto de Atenção na RAPS

Componentes	Ponto de Atenção	Parâmetro
Atenção Psicossocial	CAPS I	Municípios ou regiões com pop. acima de 15 mil hab.
	CAPS II	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS AD	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS AD III	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
	CAPS i	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
Atenção Hospitalar	LEITOS DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL como Serviço Hospitalar de Referência (SHR)	1 leito para 23 mil habitantes

15.2 Unidade de Acolhimento Psicossocial

FONTE: PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012, que Instituiu a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

A Unidade de Acolhimento Adulto deverá observar os seguintes requisitos específicos:

- Ser referência para Municípios ou regiões com população igual ou superior de 200.000 (duzentos mil) habitantes;

A Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil deverá observar os seguintes requisitos específicos:

- Ser referência para Municípios ou região com população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes;

(Situações excepcionais serão analisadas pela Área Técnica de Saúde Mental DAPES/SAS/MS, no sentido de se buscar a adequação às peculiaridades regionais, podendo realizar vistoria in loco para a habilitação a qualquer tempo.)

15.3 – População em Risco para uso de drogas

Fórmula para definição do número de crianças, adolescentes e jovens em risco para uso de drogas:

$$\text{Num. de hab. Entre 10 e 19 anos} \times 6 = N$$

100

Onde:

1. Número de habitantes entre 10 e 19 anos.

2. 6%: Percentual de uso de qualquer droga no último mês por estudantes de 10 a 19 anos, segundo dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), realizado em 2010.

3. N: Número de crianças e adolescentes em risco para uso de drogas

15.4 Equipes de Consultório na Rua

FONTE: PORTARIA GM MS Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2012, que Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. // e PORTARIA GM MS Nº 123, DE 25 DE JANEIRO DE 2012 Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.

Quadro 60 – Faixas para mensurar quantidade de equipes de Consultório de Rua

<i>População em SITUAÇÃO DE RUA</i>	<i>Número de equipes</i>
80 – 1000	1
1001-2000	2
2001-3000	3
3001-4000	4
4001-5000	5
5001-6000	6
6001-7000	7
7001-8000	8
8001-9000	9
9001-10000	10
10001-11000	11
11001-12000	12
12001-13000	13
13001-14000	14
14001-15000	15
15001-16000	16

Crerérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município

Para o cálculo do número máximo de eCR por Município serão considerados os seguintes dados:

I - para Municípios com população de 100.000 (cem mil) a 300.000 (trezentos mil) habitantes serão utilizados os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de

rua, realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

II - para os Municípios com população superior 300.000 (trezentos mil) habitantes, serão utilizados os dados extraídos da Pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social, de 2008, e da Pesquisa sobre Criança e Adolescente em situação de rua, levantados pela Secretaria de Direitos Humanos, em 2011.

OBS: Os Municípios com população inferior a 100.000 (cem mil) habitantes poderão ser contemplados com eCR, desde que comprovada a existência de população em situação de rua nos parâmetros populacionais previstos nesta Portaria.

15.5 CAPS AD III

FONTE: PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012, que Redefiniu o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

O CAPS AD III Novo será implantado na proporção de um para cada grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes.

15.6 SHR – Serviço Hospitalar de Referência

FONTE: PORTARIA Nº 148, DE 31 DE JANEIRO DE 2012, que Definiu as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS:

A distribuição dos leitos hospitalares para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes parâmetros e critérios:

I - 1 (um) leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas para cada 23 mil habitantes;

II - o número de leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 15% (quinze por cento) do número total de leitos do Hospital Geral, até o máximo de 30 (trinta) leitos;

16. Rede Cegonha

FONTES: SAS - PORTARIA Nº 650, DE 5 DE OUTUBRO DE 2011 que Dispôs sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha; GM - PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012, que Definiu as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Parâmetros para os cálculos da População Alvo da Rede cegonha:
 - 01 - Cálculo da estimativa das gestantes em determinado território no ano: número de nascidos vivos no ano anterior + 10%
 - 02 - Cálculo de Gestantes de Risco Habitual: 85% das gestantes estimadas
 - 03 - Cálculo de Gestantes de Alto Risco: 15% das gestantes estimadas

- Parâmetros para os cálculos de conformação da Rede cegonha:
 - > Procedimentos preconizados para todas as gestantes: Vide Capítulo 1 seção II – quadro 2;
 - > Procedimentos preconizados para gestantes de alto risco (GAR) Vide Capítulo 1 seção II – quadro 3 ;
 - > Procedimentos preconizados para crianças ate 1 ano: Vide Capítulo 1 seção II – quadro 4 a;
 - > Procedimentos preconizados para crianças de 1 a 2 anos: Vide Capítulo 1 seção II – quadro 4 b;
 - > Procedimentos preconizados para crianças de 1 a 2 anos: Vide Capítulo 1 seção II – quadro 4 b;
 - > Infra Estrutura da Rede Cegonha: Vide Capítulo 1 seção II – quadro 5;

17. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

FONTES: Portaria GM/MS 793 de 24 de abril de 2012, que Instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde; Portaria GM/MS 835 de 25 de abril de 2012 que instituiu incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS

Normas Gerais de Funcionamento do CER- Centro Especializado em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas

Quantitativo de pacientes/mês atendidos:

A média do número de usuários atendidos deve considerar o estabelecido para cada modalidade de reabilitação, a saber:

- Reabilitação Auditiva: mínimo de 150 usuários/mês.
- Reabilitação Física: mínimo de 200 usuários/mês.
- Reabilitação Intelectual: mínimo de 200 usuários/mês.
- Reabilitação Visual: mínimo de 150 usuários/mês.

18. Rede de Urgência e Emergência - RUE

18.1 Tipologia dos Hospitais da Rede - Critérios de Habilitação para as “PORTAS DE ENTRADA”

FONTE: PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011 que Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Hospital Geral

Hospital de referência para, no mínimo, uma Região de Saúde conforme Plano Diretor Regional (PDR). Com cobertura populacional de até 200 mil habitantes. São estabelecimentos que possuem estrutura para realizar ações de média complexidade.

Hospital Especializado Tipo I

Hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde conforme PDR. Com uma cobertura populacional de 201 mil a 500 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumatologia-ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria.

Hospital Especializado Tipo II

Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento e deve ser referência para uma cobertura populacional acima de 500 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumatologia-ortopedia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria.

18.2 Leitos de U-AVC Agudo e U-AVC Integral

FONTE PORTARIA Nº. 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012 que Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC.

Serão financiados e custeados apenas os leitos de U-AVC Agudo e U-AVC Integral nas regiões metropolitanas com maior número de internações por AVC (acima de oitocentas internações por AVC/ano), cujo parâmetro é de vinte leitos ou fração para cada oitocentas internações por AVC/ano.

Parágrafo único. As capitais dos Estados que não atinjam o parâmetro de oitocentas internações por AVC/ano e tiverem necessidade de implantação de U-AVC Agudo ou U-AVC Integral poderão solicitar a citada habilitação, cuja pertinência será analisada e definida pelo Ministério da Saúde.

18.3 Leitos de Cuidados Prolongados na RUE

FONTE: PORTARIA Nº 2.809, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2012, que Estabeleceu a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O cálculo para estabelecer a necessidade de leitos de Cuidados Prolongados será feito de forma regional, de acordo com os seguintes parâmetros:

- os leitos de Cuidados Prolongados corresponde a 5,62% da necessidade total de leitos hospitalares gerais, percentual que deverá ser distribuído da seguinte forma:
 - a) 60% (sessenta por cento) para internações em UCP e HCP; e
 - b) 40% (quarenta por cento) para cuidados em Atenção Domiciliar.

(Os leitos hospitalares gerais podem ser calculados segundo a metodologia constante no Capítulo 1 – Item VI deste caderno.)

- i. Em caso de inexistência de Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP), a Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAE/SAS/MS) poderá considerar percentual diferenciado de déficit de leitos para internação em UCP ou HCP.
- ii. Para os fins do disposto no parágrafo anterior, o Secretário de Atenção à Saúde editará, para cada caso analisado, ato específico que indique, para a respectiva entidade, qual o percentual diferenciado de déficit de leitos considerado para fins de internação em UCP ou HCP.

18.4 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU

FONTE: PORTARIA Nº 1.010, DE 21 DE MAIO DE 2012, que Redefiniu as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

18.4.1. Quantitativos mínimos de profissionais da Sala de Regulação Médica:

POPULAÇÃO	Médicos Reguladores (MR)		Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica (TAR M)		Número Total de Profissionais (RO)			
	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite
Até 350.000	01	01	02	01	01	01	04	03
350.001 a 700.000	02	02	03	02	01	01	06	05
700.001 a 1.500.000	03	02	05	03	01	01	09	06
1.500.001 a 2.000.000	04	03	06	05	01	01	11	09
2.000.001 a 2.500.000	05	04	07	06	02	01	14	11
2.500.001 a 3.000.000	06	05	08	07	02	02	16	14
3.000.001 a 3.750.000	07	05	10	07	03	02	20	14
3.750.001 a 4.500.000	08	06	13	09	04	03	25	18
4.500.001 a 5.250.000	09	07	15	11	05	03	29	21
5.250.001 a 6.000.000	10	08	17	13	06	04	33	25
6.000.001 a 7.000.000	11	09	20	15	07	05	38	29
7.000.001 a 8.000.000	12	10	23	17	08	06	43	33
8.000.001 a 9.000.000	13	11	25	20	09	07	47	38
9.000.001 a 10.000.000	14	11	28	22	10	07	52	40
Acima de 10.000.001	15	12	31	25	11	08	57	45

18.4.2 Incentivo financeiro de investimento para a aquisição de materiais e mobiliário para as Centrais de Regulação das Urgências:

POPULAÇÃO	Médico Regulador - MR	Telefonista Auxiliar de Regulação Médica - TARM	Rádio operador RO	Nº de Estações de Trabalho	Valor (R\$)
Até 350.000	01	02	01	04	16.000,00
350.001 a 700.000	02	03	01	06	22.284,00
700.001 a 1.500.000	03	05	01	09	29.128,00
1.500.001 a 2.000.000	04	06	01	11	32.510,00
2.000.001 a 2.500.000	05	07	02	14	39.354,00
2.500.001 a 3.000.000	06	08	02	16	41.765,00
3.000.001 a 3.750.000	07	10	03	20	52.722,00
3.750.001 a 4.500.000	08	13	04	25	63.268,00
4.500.001 a 5.250.000	09	15	05	29	69.381,00
5.250.001 a 6.000.000	10	17	06	33	76.785,00
6.000.001 a 7.000.000	11	20	07	38	88.302,00
7.000.001 a 8.000.000	12	23	08	43	97.557,00
8.000.001 a 9.000.000	13	25	09	47	103.670,00
9.000.001 a 10.000.000	14	28	10	52	114.216,00
Acima de 10.000.001	15	31	11	57	124.442,00

18.4.3 Incentivo financeiro de investimento para a aquisição de equipamentos de tecnologia de Rede de Informática:

POPULAÇÃO	Nº de Estações de Trabalho	Valor (R\$)
Até 350.000	04	96.847,21
350.001 a 700.000	06	102.481,21
700.001 a 1.500.000	09	110.932,21
1.500.001 a 2.000.000	11	116.566,21
2.000.001 a 2.500.000	14	125.017,21
2.500.001 a 3.000.000	16	143.792,21
3.000.001 a 3.750.000	20	164.880,70
3.750.001 a 4.500.000	25	178.965,70
4.500.001 a 5.250.000	29	190.233,70
5.250.001 a 6.000.000	33	229.157,70
6.000.001 a 7.000.000	38	249.379,15
7.000.001 a 8.000.000	43	263.464,15
8.000.001 a 9.000.000	47	274.732,15
9.000.001 a 10.000.000	52	288.817,15
Acima de 10.000.001	57	302.902,15

18.4.4. Incentivo financeiro de custeio das Centrais de Regulação das Urgências:

POPULAÇÃO	Médico Regulador -MR	Telefonista Auxiliar de Regulação Médica - TARM	Rádio operador RO	Repasse do MS (Habilitada)	Repasse do MS (Habilitada e qualificada)
Até 350.000	1	2	1	30.000,00	50.100,00
351.000 a 700.000	2	3	1	49.000,00	81.830,00
701.000 a 1.500.000	3	5	1	64.000,00	106.880,00
1.500.001 a 2.000.000	4	6	1	79.000,00	131.930,00
2.000.001 a 2.500.000	5	7	2	94.000,00	156.980,00
2.500.001 a 3.000.000	6	8	2	109.000,00	182.030,00
3.000.001 a 3.750.000	7	10	3	124.000,00	207.080,00
3.750.001 a 4.500.000	8	13	4	139.000,00	232.130,00
4.500.001 a 5.250.000	9	15	5	154.000,00	257.180,00
5.250.001 a 6.000.000	10	17	6	169.000,00	282.230,00
6.000.001 a 7.000.000	11	20	7	184.000,00	307.280,00
7.000.001 a 8.000.000	12	23	8	199.000,00	332.330,00
8.000.001 a 9.000.000	13	25	9	214.000,00	357.380,00
9.000.001 a 10.000.000	14	28	10	229.000,00	382.430,00
10.000.001 a 11.500.000	15	31	11	244.000,00	407.480,00

18.4.5. Incentivo financeiro de custeio das Centrais de Regulação das Urgências:

TOTAIS DE PROFISSIONAIS (24 HORAS) E CUSTEIO MENSAL (HABILITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO) DASCENTRAIS DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS POR PORTE POPULACIONAL

FONTE: incluído pela PRT nº 1473/GM/MS de 18 de julho de 2013

POPULAÇÃO	Médico Regulador -MR	Telefonista Auxiliar de Regulação Médica - TARM	Rádio operador RO	REPASSE DO MS (HABILITADA) R\$	REPASSE DO MS (HABILITADA E QUALIFICADA) R\$
Até 350.000	2	3	2	42.000,00	52.605,00
350.001 a 700.000	4	5	2	68.600,00	85.921,50
700.001 a 1.500.000	5	8	2	89.600,00	112.224,00
1.500.001 a 2.000.000	7	11	2	110.600,00	138.526,50
2.000.001 a 2.500.000	9	13	3	131.600,00	164.829,00
2.500.001 a 3.000.000	11	15	4	152.600,00	191.131,50
3.000.001 a 3.750.000	12	17	5	173.600,00	217.434,00
3.750.001 a 4.500.000	14	22	7	194.600,00	243.736,50
4.500.001 a 5.250.000	16	26	8	215.600,00	270.039,00
5.250.001 a 6.000.000	18	30	10	236.600,00	296.341,50
6.000.001 a 7.000.000	20	35	12	257.600,00	322.644,00
7.000.001 a 8.000.000	22	40	14	278.600,00	348.946,50
8.000.001 a 9.000.000	24	45	16	299.600,00	375.249,00
9.000.001 a 10.000.000	25	50	17	320.600,00	401.551,50
Acima de 10.000.001	27	56	19	341.600,00	427.854,00

18.5 Centro de Trauma na RUE

FONTE: PORTARIA Nº 1.366, DE 8 DE JULHO DE 2013, que Estabeleceu a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A definição de cada um dos Tipos dos Centros de Trauma tem como parâmetro o dimensionamento da RUE e a localização dos pontos de atenção ao trauma, considerando-se ainda o número de habitantes com cobertura assistencial e o tempo de deslocamento até o respectivo Centro de Trauma:.

Para Habilitação, o estabelecimento hospitalar deve possuir no mínimo 100 leitos cadastrados no CNES e cumprir os seguintes requisitos:

Centro de Trauma Tipo I - ter estrutura para realizar ações de média complexidade com cobertura populacional até 200.000 (duzentos mil) habitantes;

Centro de Trauma Tipo II - ter estrutura para realizar ações de média e alta complexidade com cobertura populacional de 200.001 (duzentos mil e um) a 500.000 (quinhentos mil) habitantes

Centro de Trauma Tipo III - ser referência, com estrutura para realizar ações de média e alta complexidade para uma cobertura populacional de 500.001 (quinhentos mil e um) a 1.500.000 (um milhão e quinhentos mil) habitantes;

18.6 Linha de Cuidado do Infarto Agudo - Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO).

FONTE: PORTARIA Nº 2.994, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2011, que Aprovou a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

Serão financiados e custeados de forma diferenciada os leitos de Unidades de Terapia Intensiva Coronarianas (UCO) nas regiões metropolitanas com maior número de internações e óbito por Infarto Agudo do Miocárdio - IAM, cujos parâmetros são:

I - Implantação de 01 (uma) Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) com 10 leitos para cada 600 IAM/ano nas 10 (dez) Regiões Metropolitanas com maior frequência de Infarto Agudo do Miocárdio - IAM (acima 600 IAM/ano); e

II - Implantação de 02 (dois) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) no mesmo espaço físico de uma Unidade de Terapia Intensiva nas 27 regiões metropolitanas com frequência entre 100 a 599 IAM/ano.

18.7 Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) na RUE

FONTE: PORTARIA Nº 342, DE 4 DE MARÇO DE 2013, que Redefiniu as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal - Alterado pela PRT nº 104/GM/MS de 15.01.2014)

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24H

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24H	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24 HORAS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS DAS 7HS ÀS 19HS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS 19HS ÀS 7HS	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m ²	Média de 150 pacientes	2 médicos	2 médicos	7 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m ²	Média de 250 pacientes	4 médicos	2 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m ²	Média de 350 pacientes	6 médicos	3 médicos	15 leitos

18.8 Sala de Estabilização na RUE

FONTE: PORTARIA Nº 2.338, DE 3 DE OUTUBRO DE 2011, que Estabeleceu diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.

POPULAÇÃO DE COBERTURA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	EQUIPE MÍNIMA NA SE	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE ESTABILIZAÇÃO
até 50.000 (cinquenta mil) habitantes	40 m ² 36 m ²	01 (um) médico generalista com qualificação no atendimento em urgências com garantia de retaguarda de enfermagem e de pessoal técnico, nas 24 (vinte e quatro) horas, todos os dias da semana	02

Critérios de elegibilidade para Sala de Estabilização

Crítérios	Pontuação 1	Pontuação 2	Pontuação 3	Pontuação 4	Pontuação 5
Populacional	Até 10.000	10.001 a 19.999	20.000 a 29.999	30.000 a 39.999	39.999 a 49.999
Distância entre SE e hospital de referência ou porta de entrada pactuada no PAR/RUE (quando esta porta for hospital de referência na região de saúde)	Até 30 km	30,1 a 60 km	60,1 a 100 km	100,1 a 140 km	Acima de 140 Km
Estabelecimento de saúde ao qual estará alocada a SE [Mensurar pelo CNES]	Unidade básica de saúde	-	Unidade mista/ pronto atendimento	-	Hospital de Pequeno Porte
Recursos Humanos [Mensurar pelo CNES]	-	-	Médico – somatório de horas para carga horária semanal maior que 120 horas/ semanais Enfermeiro – somatório de horas para carga horária semanal maior que 120 horas/semanais	-	Médico – somatório de horas para carga horária semanal maior que 168 horas/semanais Enfermeiro – somatório de horas para carga horária semanal maior que 168 horas/sen
Distância entre SE e SE de uma mesma região de saúde	Até 15 km	15,1 a 30 km	30,1 a 50 km	50,1 a 70 km	Acima de 70,1 km

19. Serviço de Atenção Domiciliar - SAD

FONTE: PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013, que Redefiniu a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para composição de um SAD:

I - em Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD (Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar) Tipo 1 e poderá, ainda, contar com EMAP (Equipes Multiprofissionais de Apoio) ; e

II - para Municípios com população inferior a 40.000 (quarenta mil) habitantes:

- i. em Municípios com população entre 20.000 (vinte mil) e 40.000 (quarenta mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 2 e poderá contar com EMAP; e
- ii. em Municípios que, agrupados, somem população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 2 e poderá contar com EMAP e/ou apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

- As EMAD- Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar serão organizadas a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida, e se relacionarão com os demais serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde, em especial com a atenção básica;
- Considera-se quantidade de usuários de referência para o funcionamento da EMAD o cuidado, concomitante, em média, de 60 (sessenta) usuários para EMAD Tipo 1 e 30 (trinta) usuários para EMAD Tipo 2;
- Cada EMAD atenderá uma população adstrita de 100.000 (cem mil) habitantes.

Obs: Em Municípios com população menor que 100.000 (cem mil) habitantes, a EMAD atenderá população adstrita igual à população do Município.

- Todos os Municípios com 1 (uma) EMAD implantada poderão implantar 1 (uma) EMAP - Equipes Multiprofissionais de Apoio, sendo possível a implantação de mais 1 (uma) EMAP a cada 3 (três) EMAD a mais implantadas.
- Ao atingir a população de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, o Município poderá implantar 1 (uma) segunda EMAD.
- Após atingir a população de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, o Município poderá constituir, sucessivamente, 1 (uma) nova EMAD a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes.

Referências

Lei Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências

Decreto Federal 7.508, de 28 de junho de 2011 - Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012- Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. ____

____ Portaria GM/MS n. 1.101/2002, estabelece parâmetros assistenciais no SUS. 2002

____ PORTARIA SAS/MS nº 756, de 27 de dezembro de 2005, que Definiu as Redes Estaduais e/ou Regionais de Assistência ao paciente Neurológico.

____ PORTARIA Nº 2.600, DE 21 DE OUTUBRO DE 2009 que Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

____ PORTARIA Nº 2.601, DE 21 DE OUTUBRO DE 2009 que Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos - OPO.

____ PORTARIA Nº 2.338, DE 3 DE OUTUBRO DE 2011, que estabeleceu diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.

____ PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011 que Organizou o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

____ PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

____ PORTARIA Nº 2.994, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2011, que Aprovou a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

____ PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011, que Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

____ PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012, que Instituiu a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

____ PORTARIA GM MS Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2012, que Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. // e PORTARIA GM MS Nº 123, DE 25 DE JANEIRO DE 2012 Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.

____ PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012, que Redefiniu o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

____ PORTARIA Nº 148, DE 31 DE JANEIRO DE 2012, que Definiu as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

____ PORTARIA Nº. 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012 que Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC.

____ Portaria GM/MS 793 de 24 de abril de 2012, que Instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde;

____ Portaria GM/MS 835 de 25 de abril de 2012 que instituiu incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS

_____ PORTARIA Nº 845, DE 2 DE MAIO DE 2012, que estabeleceu estratégia de qualificação e ampliação do acesso aos transplantes de órgãos sólidos e de medula óssea, por meio da criação de novos procedimentos e de custeio diferenciado para a realização de procedimentos de transplantes e processo de doação de órgãos.

_____ PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012, que Definiu as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____ PORTARIA Nº 1.010, DE 21 DE MAIO DE 2012, que Redefiniu as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

_____ PORTARIA Nº 2.809, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2012, que Estabeleceu a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____ PORTARIA Nº 3.124, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012 que redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.

_____ PORTARIA Nº 342, DE 4 DE MARÇO DE 2013, que Redefiniu as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal - Alterado pela PRT nº 104/GM/MS de 15.01.2014)

_____ PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013, que Redefiniu a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____ PORTARIA Nº 1.366, DE 8 DE JULHO DE 2013, que Estabeleceu a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____ PORTARIA Nº 2.922, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2013 que Instituiu, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), o Plano Nacional de Apoio às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (PNA-CNCDO) e cria incentivos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes e de custeio mensal.

_____ Portaria GM/MS Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____ PORTARIA Nº 189, DE 31 DE JANEIRO DE 2014 que Instituiu o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.

_____ PORTARIA GM/MS Nº 2.776, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2014, que Aprova diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS);

_____ PORTARIA Nº 2.777, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2014, que Regulamenta o financiamento e uso do medicamento trombolítico Tenecteplase no âmbito do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____ PORTARIA Nº 2.859, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2014 que institui o incentivo financeiro de custeio mensal destinado aos Núcleos Intermunicipais e Estaduais de Telessaúde do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde _____

_____ PORTARIA SAS Nº 210 DE 15 DE JUNHO DE 2004, que Definiu as UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR

_____ PORTARIA SAS Nº 123 DE 28 DE FEVEREIRO DE 2005, que alterou REDAÇÃO DO ART. 7º DA PORTARIA SAS/MS Nº 210, DE 15 DE JUNHO DE 2004.

_____ PORTARIA SAS Nº 384 DE 26 DE MAIO DE 2006, que Alterou ATRIBUTO "HABILITAÇÃO" DOS PROCEDIMENTOS CARDIOVASCULAR.

_____ PORTARIA SAS/MS nº 756, de 27 de dezembro de 2005, que Definiu as Redes Estaduais e/ou Regionais de Assistência ao paciente Neurológico.

_____ PORTARIA SAS Nº 288, DE 19 DE MAIO DE 2008, que Definiu AS REDES ESTADUAIS E REGIONAIS DE ATENÇÃO EM OFTALMOLOGIA

_____ PORTARIA CONJUNTA SAS SVS Nº 01, DE 20 DE JANEIRO DE 2009 ;que Definiu a Unidade de Assistência em Alta

Complexidade no Tratamento Reparador da Lipodistrofia do Portador de HIV/AIDS

_____ *PORTARIA SAS/MS Nº 90 DE 27 DE MARÇO DE 2009 que Definiu Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade*

_____ *PORTARIA SAS Nº 650, DE 5 DE OUTUBRO DE 2011 que Dispoe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha*

_____ *PORTARIA SAS 433/2012 DE 15 DE MAIO DE 2012, que Suspendeu os parâmetros populacionais para habilitação, em Média ou Alta Complexidade, das áreas de Cardiologia Oftalmologia Nefrologia e Neurocirurgia.*

_____ *PORTARIA SAS Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014 que Redefiniu 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 Sistema Único de Saúde (SUS).*

_____ *SAS - CONSULTA PÚBLICA Nº 6, DE 12 DE MARÇO DE 2014 contendo os parâmetros propostos para revisão da Portaria 1.101/GM/MS, de 11 de junho de 2002.*

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>

BRASIL. Legislação Federal. Lei Orgânica de Saúde no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providencias. Diário Oficial da União, Brasília, set. 1990.

Jones, R. 2011. "Hospital bed occupancy demystified". British Journal of Healthcare Management 17 (6): 242-248.

THE JOURNAL OF CLINICAL AND APPLIED RESEARCH AND EDUCATION, VOLUME 38 | SUPPLEMENT 1 disponível em http://professional.diabetes.org/admin/UserFiles/0%20-%20Sean/Documents/January%20Supplement%20Combined_Final.pdf

Wright J, Williams R, Wilkinson JR: Development and importance of health needs assessment. BMJ 1998, 316(7140):1310-3

Anexo

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

CONSULTA PÚBLICA Nº 6, DE 12 DE MARÇO DE 2014

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE, nos termos do art. 34, inciso II, c/c art. 59 do Decreto nº 4.176, de 28 de março de 2002, e considerando a Consulta Pública nº 20/SAS/MS, de 16 de dezembro de 2013 e a Consulta Pública nº 21/SAS/MS, de 17 de dezembro de 2013, submete à Consulta Pública os critérios e parâmetros assistenciais de planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) listados abaixo.

Os parâmetros propostos deverão subsidiar a revisão da Portaria 1.101/GM/MS, de 11 de junho de 2002.

O conteúdo encontra-se disponível no endereço <http://www.saude.gov.br/consultapublica>, e está organizado em seis seções:

- A - Atenção Hospitalar (leitos e internações);
- B - Rede de Atenção Materno Infantil;
- C - Atenção à Saúde Bucal;
- D - Equipamentos para exames complementares do diagnóstico;
- E - Doenças Crônicas;
- F - Atenção Especializada.
- G - Parâmetros Assistenciais de Eventos de Relevância para a Vigilância em Saúde.

A relevância da matéria recomenda a sua ampla divulgação, a fim de que possa ser incorporado o máximo possível de contribuições para o seu aperfeiçoamento.

Sugestões de modificação, incorporação ou contestações poderão ser encaminhadas ao Ministério da Saúde no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias a contar da data de publicação desta Consulta Pública, exclusivamente para o endereço eletrônico consultaparametros@saude.gov.br, com especificação, no título da mensagem, da seção a que se refere a contribuição.

As contribuições deverão ser fundamentadas, preferencialmente com material científico que dê suporte às proposições. Solicitase, quando possível, o envio da documentação de referência científica ou do endereço eletrônico correspondente para verificação via internet.

O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde (DRAC/SAS/MS) coordenará a avaliação das proposições apresentadas e a elaboração da versão consolidada dos critérios e parâmetros assistenciais de planejamento e programação no âmbito do Sistema Único de Saúde, para fins de posterior aprovação e publicação.

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR