

S É R I E
PACTOS
PELA SAÚDE
2006
VOLUME 5

**Diretrizes para
a Programação
Pactuada e Integrada
da Assistência
à Saúde**

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE – DRAC
COORDENAÇÃO DE PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

DIRETRIZES PARA A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE – BRASÍLIA
JUNHO/2006

Ministro da Saúde

José Agenor Álvares da Silva

Secretário da Atenção à Saúde

José Gomes Temporão

Diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

José Carlos de Moraes

Coordenadora de Programação da Assistência

Elaine Maria Giannotti

Coordenação do Trabalho

Ana Lucia Camargo, Elaine Maria Giannotti, Marcos Eliseu Marinho de Oliveira

Equipe Técnica

Adelson Moreira Campos Junior, Alex de Oliveira Meireles, Ana Lucia Camargo, Carlos Alexandre Cunha, Denílson Ferreira de Magalhães, Marcos Eliseu Marinho de Oliveira, Marinete Almeida da Silva, Mercia Gomes de Oliveira, Rizeide Gomes de Oliveira, Walberti Rogério de Azevedo, Wellington Campos da Silva

Colaboradores

Flavio José Fonseca de Oliveira, Francisco Carlos Cardoso de Campos

Capa, projeto gráfico e diagramação

Gilberto Tomé

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Agradecimentos especiais às seguintes áreas do Ministério da Saúde que colaboraram na formulação dos “Parâmetros para Programação de Ações de Saúde”

Coordenação de Gestão da Atenção Básica - DAB/SAS, Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes -DAB/SAS, Coordenação Nacional de Saúde Bucal - DAB/SAS, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição - DAB/SAS, Área Técnica de Saúde da Criança - DAPE/SAS, Área Técnica de Saúde da Mulher -DAPE/SAS, Área Técnica de Saúde Mental -DAPE/SAS, Área Técnica de Saúde do Idoso -DAPE/SAS, Área Técnica de Atenção a Pessoa com Deficiência -DAPE/SAS, Área Técnica de Saúde do Adolescente -DAPE/SAS, Área Técnica de Saúde do Trabalhador -DAPE/SAS, Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário - DAPE/SAS, Coordenação Geral de Atenção Hospitalar - DAE/SAS, Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade - DAE/SAS, Coordenação Geral de Urgência e Emergência -DAE/SAS, Coordenação da Política de Sangue e Hemoderivados - DAE/SAS, Instituto Nacional de Câncer - SAS, Programa Nacional de DST/AIDS - SVS, Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Malária - SVS, Programa Nacional de Hepatites Virais - SVS, Coordenação de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis - SVS, Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase - SVS, Programa Nacional de Controle da Tuberculose - SVS, Diretoria Técnica de Gestão - SVS

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.

Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.

– Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

148 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 85-334-1207-X

1. Diretrizes para o planejamento em saúde. 2. Programação. 3. Dotação de recursos para cuidados de saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 525-546

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS
2006/0805

Titulos para indexação:

Em inglês: Directives for the Agreed and Integrated Assistance Health Program

Em espanhol: Directrices para la Programación Pactada e Integrada de la Asistencia a la Salud

Sumário

- 7** **Introdução/Justificativa**
- 10** **Avaliação do Processo da Programação Pactuada e Integrada**
- 13** **Definição e Objetivos**
- 14** **Pressupostos Gerais**
 - 14 A Inserção da Programação no Planejamento Geral do Sus
 - 16 Estimativa de Necessidades em Saúde
 - 20 Regionalização
- 21** **Eixos Orientadores**
 - 21 Centralidade da Atenção Básica
 - 24 Parâmetros para Programação de Ações de Saúde
 - 27 Aberturas Programáticas
 - 29 Atenção Básica e Média Complexidade Ambulatorial
 - 30 Alta Complexidade Ambulatorial
 - 31 Média Complexidade Hospitalar
 - 33 Alta Complexidade Hospitalar
 - 34 Leitos Complementares
 - 35 Integração das Programações
 - 36 Composição das Fontes de Recursos Financeiros a serem Programados
 - 38 O Processo de Programação e as Relações Intergestores
 - 38 Etapa Preliminar de Programação
 - 41 Etapa de Programação Municipal
 - 43 Pactuação Regional (Inter-Municipal/Intra e Interestadual)

- 44 Etapa de Consolidação da PPI Estadual
- 45 Atualização das Programações
- 45 Consolidação das Programações Estaduais
- 45 Periodicidade da Revisão Global da Programação Pactuada e Integrada

46 Avaliação e Monitoramento

49 Bibliografia

55 Anexos

Apresentação

A formulação da nova lógica de Programação Pactuada e Integrada ocorreu concomitantemente à definição da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, de forma condizente com os seus princípios, buscando viabilizar o acesso universalizado e equânime aos serviços de saúde.

A construção desta nova lógica de programação foi um processo compartilhado que envolveu diversos setores do Ministério da Saúde, experiências acumuladas de Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Suas diretrizes estão dispostas na portaria nº 1097/GM de 22 de maio de 2006, que define o processo de Programação Pactuada e Integrada e aponta seus objetivos e eixos orientadores.

Esta publicação é o quinto volume da série Pactos Pela Saúde, elaborada a partir da publicação da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga as diretrizes operacionais do Pacto Pela Saúde 2006 com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Visa orientar os gestores quanto ao processo de programação pactuada e integrada, destacando sua importância na estruturação do sistema de saúde com ênfase na organização dos serviços, bem como no fornecimento de subsídios para a regulação do acesso. Desta forma caracteriza-se como instrumento de gestão, que se pauta na equidade como forma de promover a inclusão social.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Secretário de Atenção à Saúde

1. Introdução/Justificativa

O desenvolvimento histórico dos serviços de saúde no país se deu de forma completamente heterogênea, ao sabor de lógicas as mais diferenciadas, desde o modelo caritativo-autônomo das Santas Casas de Misericórdia, passando pelo modelo asilar estatizado (hospitais de tuberculose, psiquiatria e hanseníase), pelo modelo previdenciário com os hospitais dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), bem como pelo modelo sanitarista da antiga Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública).

Soma-se a estas lógicas a localização não regulada pelo Estado dos hospitais privados nas décadas de 70-80, que integraram a rede do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Mesmo no presente, a iniciativa reguladora do Estado quanto à localização e dimensionamento de serviços públicos e privados nem sempre perseguiu critérios racionais de distribuição dos equipamentos sanitários, gerando um quadro de enorme heterogeneidade e profundas desigualdades nas possibilidades de acesso da população entre as várias regiões. A rede assistencial mostra-se, em geral, fragmentada e desarticulada, onde a própria população busca a solução para seus problemas de saúde deslocando-se para os municípios-pólo das regiões. Estes recebem uma demanda regional de maneira desorganizada, com conseqüente dificuldade de acolhimento, inclusive das situações de urgência/emergência.

O sistema de avaliação de serviços de saúde limita-se, em geral, apenas ao controle das faturas dos serviços remunerados por produção, reduzindo o objeto da avaliação ao ato ou procedimento médico ou laboratorial.

A superação deste quadro implica na redefinição de diretrizes estruturais para construção de modelos inovadores de atenção à saúde, a

partir de métodos e instrumentos de planejamento e regulação do sistema, bem como num amplo processo de desenvolvimento das capacidades de gerência e gestão, na busca da qualidade da assistência.

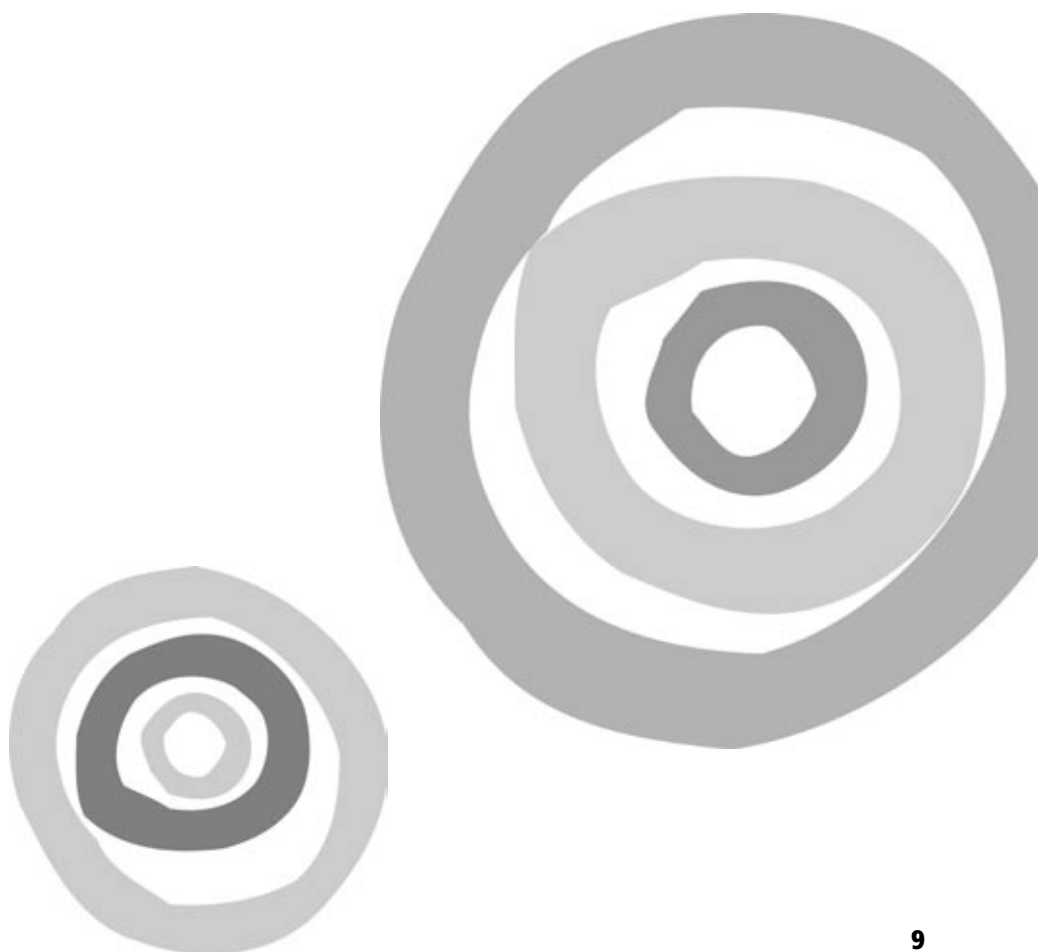
O modelo que se propõe é o da conformação de redes de serviços regionalizadas, a partir da instituição de dispositivos de planejamento, programação e regulação, estruturando o que se denominou de "redes funcionais". Pretende-se, com sua organização, garantir, da forma mais racional possível, o acesso da população a todos os níveis de atenção.

Essa articulação entre os serviços de diversos graus de agregação tecnológica localizados num mesmo município, bem como os mecanismos e instrumentos para a definição das referências pactuadas entre os municípios, será objeto de consideração da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde.

A programação deve procurar integrar as várias áreas de atenção à saúde, em coerência com o processo global de planejamento, considerando as definições anteriores expressas nos planos de saúde e as possibilidades técnicas dos diversos estados e municípios. Essa integração deve se dar no que diz respeito à análise da situação de saúde e estimativa de necessidades da população e definição das prioridades da política de saúde em cada esfera, como orientadores dos diversos eixos programáticos.

As propostas de programação no SUS refletem, em geral, determinadas intencionalidades, guardando maior ou menor coerência com as orientações das políticas de saúde, buscando reforçar a direcionalidade e a consubstanciação dessas políticas no campo estrito do custeio da atenção. Neste sentido, a programação em curso, que teve o início de sua implantação em 2001, foi elaborada simultaneamente, e em sintonia, com as diretrizes da política de descentralização contidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde 01 / 02 (NOAS 01/02 01/ 02). A superação de aspectos do marco normativo contido naquele dispositivo implica em importantes alterações nos processos de qualificação da gestão dos municípios e estados, bem como em mudanças nos mecanismos de alocação e transferência de

recursos, que estão dispostos na portaria GM/399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova suas diretrizes operacionais. Estas definições são aqui consideradas como pré-requisitos ou pressupostos que devem orientar a revisão do modelo de programação.



2. Avaliação do Processo da Programação Pactuada e Integrada

Cabe apontar neste texto, alguns aspectos, considerados como decisivos na implantação da programação nos estados no período compreendido entre 2001 e 2005. Neste sentido podemos destacar alguns avanços considerados importantes:

- Foi um dos poucos processos instituídos pela NOAS 01/02 que se efetivou, com maior ou menor intensidade, nas 27 Unidades Federadas.
- Possibilitou a adoção de critérios objetivos para a alocação dos limites financeiros federais para a assistência de todos os municípios, independentemente de sua condição de gestão.
- Conferiu maior transparência nas pactuações realizadas definindo os limites financeiros compostos pelas parcelas destinadas ao atendimento da população residente no próprio município e pela correspondente às referências de outros municípios.
- Demonstrou, ainda que de forma incipiente, possuir um potencial para uma nova proposta de alocação dos recursos financeiros federais para custeio da assistência à saúde, buscando orientar-se não somente pela oferta de serviços, mas também pela demanda existente.
- Pautou-se nas diretrizes da regionalização prevista na NOAS 01/02, manifestando a intencionalidade de aproximação dos processos de planejamento e programação.
- Possibilitou a formalização dos Termos de Compromisso de Garantia de Acesso, previstos pela NOAS 01/02.
- Explicitou o pacto estadual quanto à definição do comando único, de forma coerente com as condições de habilitação.
- Contribuiu para o desenvolvimento de processos e métodos de

avaliação dos resultados e controle das ações e serviços de saúde, fornecendo subsídios para a regulação do acesso.

No entanto há muito que avançar e para tanto se faz necessário o enfrentamento de algumas questões que demonstraram ser limitantes nesse processo:

- Insuficiente apropriação dos processos gerais de planejamento local e regional;
- Incipiência das metodologias de estimativa de necessidades em saúde, bem como fragilidade dos consensos nacionais entre os gestores do SUS quanto às ações, tecnologias e a dimensão das intervenções a serem adotadas por todos os sistemas municipais e estaduais para o enfrentamento dos riscos e agravos à saúde;
- Participação restrita dos municípios no processo de definição das diretrizes e parâmetros norteadores da PPI, com a conseqüente impossibilidade de tradução para as necessidades e especificidades locais e regionais;
- Falta de integração entre a programação municipal e a programação dos estabelecimentos de saúde ;
- Inexistência de articulação entre as demandas decorrentes da programação da atenção básica e as programações da média e alta complexidade, bem como com a programação da Vigilância em Saúde.
- Redução do escopo da programação aos recursos federais, não abrangendo os recursos estaduais e municipais;
- Propostas de programação baseadas em limites financeiros estaduais históricos, definidos com base em critérios variados e pouco transparentes (ou mesmo de memória de impossível resgate);
- Ausência da pactuação das referências interestaduais;
- Resistência à assinatura dos Termos de Compromisso de Garantia de Acesso pelos municípios que recebem referências, quando os mesmos complementam os valores das tabelas nacionais com recursos próprios;
- Dificuldades expressas por várias Unidades Federadas na implementação da referência unicêntrica para o primeiro nível da mé-

dia complexidade (M1), devido a resistência dos municípios satélites em desativar seus serviços;

- Processo de programação pouco integrado com as redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços e com o processo de regulação do acesso;
- Pouca disponibilidade de recursos humanos especializados para suporte na área de tecnologia de informação em estados e municípios;
- Fragilidade de mecanismos que garantam a efetivação dos pactos firmados entre os gestores.



3. Definição e Objetivos

Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. Os principais objetivos do processo de programação pactuada e integrada são:

- Buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;
- Orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;
- Definir que os limites financeiros para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios serão compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências de outros municípios;
- Possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;
- Fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;
- Contribuir para a organização das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde;
- Possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de programação pactuada e integrada da assistência e assegurar que estejam explicitados no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, conforme anexo 1 da portaria GM nº 1097 de 22 de maio de 2006.

4. Pressupostos Gerais

A atual metodologia de programação, baseada nas diretrizes na NOAS 01/02, representou um importante avanço no processo de consolidação da gestão do SUS, mas suas limitações, anteriormente referidas, não permitiram alcançar plenamente o objetivo de construção das redes regionalizadas e hierarquizadas, dificultando assim a atenção integral à saúde da população. Tendo em vista a superação deste estágio, ficam estabelecidos os seguintes pressupostos para o processo de Programação Pactuada e Integrada.

4.1. A Inserção da Programação no Planejamento Geral do SUS

A Programação Pactuada e Integrada, na qualidade de um instrumento de alocação, caracteriza-se como ferramenta inserida no processo de planejamento. Os momentos do processo de planejamento, quais sejam o momento explicativo, o estratégico, o normativo e o tático-operacional, a se adotar a concepção de Matus (1993), são dimensões consideradas necessárias para uma orientação abrangente e complementar do encadeamento racional das proposições de política e da sua gestão estratégica.

De acordo com vários autores o enfoque predominante do planejamento do SUS e conseqüentemente da programação exibe um viés normativo. A delimitação desse escopo se justificou pela fragilidade do setor saúde em utilizar-se de todas as dimensões do processo de planejamento como orientador das ações a serem desenvolvidas. Neste sentido, as diretrizes do processo de programação devem enfatizar a coerência com os Planos de Saúde, com o Plano Diretor de Investimentos, Plano Diretor de Regionalização, bem como com as metas e objetivos do Pacto pela Saúde.

Como decorrência da débil interação entre a PPI e os demais instrumentos de planejamento, e pela reconhecida incipiência dos processos de

planejamento nas três esferas de gestão, a programação da assistência tem sido exercida de forma isolada, restringindo suas potencialidades e reduzindo-a, muitas vezes, à sua dimensão financeira. Processos prévios que possibilitem a análise de situação de saúde, o levantamento dos problemas do quadro sanitário e do desenho das alternativas e estratégias de sua superação, a definição dos objetivos e prioridades, das ações a serem desenvolvidas, das análises de viabilidade técnica, econômica e política, são essenciais para se garantir a coerência externa do processo de programação. Não se pode esperar que os instrumentos de programação respondam a todos os momentos do processo de planejamento, nem mesmo que atendam a todas as necessidades de programação operacional dos sistemas municipais de saúde, dada a complexidade, a especificidade e diversidade dos objetos de programação locais (insumos, RH, orçamento setorial, etc).

Iniciativas no âmbito do Ministério da Saúde apontam no sentido da valorização do Plano Nacional de Saúde como base para as ações a serem desenvolvidas, e da construção de instrumentos de planejamento, de abrangência municipal, regional e estadual, em articulação com estados e municípios, bem como envidados esforços direcionados para a integração dos diversos processos de programação e avaliação do SUS.

Essa nova conjuntura impõe que a configuração da lógica de programação deva articular-se estreitamente com os demais instrumentos de planejamento.

O processo de programação deve, necessariamente, abranger dispositivos de planejamento de maior amplitude, que resgatem a sua coerência externa e estendam seu escopo e direcionem a alocação sobre bases mais consistentes.

Além das mudanças específicas dos métodos e critérios do processo de programação, faz-se necessário acrescentar alguns dispositivos que reflitam as seguintes dimensões:

- Aproximações às necessidades de saúde, tomadas com base em dados e informações do quadro demográfico e epidemiológico e

legitimadas por consensos sociais mais amplos, estimulados através da consulta a especialistas e do pacto entre os gestores do sistema, bem como em âmbitos mais gerais, como as instâncias de participação e controle social e entidades da sociedade civil organizada interessadas;

- Levantamento de problemas apontados pelas necessidades estimadas e indicação das suas alternativas de solução e proposição de ações assistenciais adequadas ao seu enfrentamento;
- Desenho dos modelos de atenção com ênfase em redes hierarquizadas e integradas de saúde;
- Proposta de alocação dos recursos para cobertura da assistência;
- Instrumento de acompanhamento da execução das ações;
- Instrumento de avaliação de impacto.

4.2. Estimativa de Necessidades em Saúde

As proposições de consideração das necessidades em saúde nos instrumentos de planejamento e programação do SUS são antigas e recorrentes, porém na maioria das vezes assumem um caráter muito genérico.

O SUS é herdeiro de práticas institucionais marcadas pela compra de serviços da iniciativa privada, orientada pelo interesse e pelo perfil da oferta dos mesmos. Uma reversão desse quadro implica em redirecionar o sistema para as reais necessidades de saúde da população. Porém na prática institucional essas proposições nunca se moldam em alternativas concretas, restringindo-se, no mais das vezes, numa coletânea de dados e informações demográficas e epidemiológicas que são apresentadas nos primeiros capítulos dos planos estaduais e municipais, sem a necessária correspondência ou ligação clara com as suas proposições. Reproduz-se assim, a prática dos diagnósticos de saúde, tão típicos dos modelos de planejamento normativo.

Há uma insuficiência teórica e metodológica no campo do planejamento em saúde, que não acumulou na maioria de suas áreas, conhecimento necessário para correlacionar os fatos do adoecer e morrer com as tecnologias e ações de saúde adequadas à modificação da situação identificada. Em nosso meio a incipiência das pesquisas

de avaliação tecnológica em saúde, bem como das metodologias de planejamento e programação, podem ser imputadas como parcialmente responsáveis por esse déficit conceitual.

As tentativas anteriores de utilização da epidemiologia já foram realizadas, podendo-se tomar como paradigma clássico o Método CENDES-OPS (1965). Esta abordagem de planejamento escolheu como sua função utilidade, na qual se baseia toda a lógica do método, o cálculo epidemiológico do número de “mortes evitáveis” e os “anos de vida perdidos” (a “transcendência” dos agravos) que vão substanciar a lógica economicista da metodologia proposta. Parte-se para o cálculo do custo de cada morte evitável e assim elabora-se a sua fórmula clássica de priorização das ações. A experiência do uso da epidemiologia pelo CENDES-OPS nos ensina que o planejamento não isenta o método, das escolhas de valores, fugindo assim da pretensa neutralidade e objetividade científica. A questão que se coloca quando se aceita a premissa de planejar com base nas necessidades de saúde pode ser então formulada a partir de quem estabelece tais necessidades.

As aproximações às ditas necessidades só podem ser intentadas se adotadas várias abordagens e enfoques que integram diversas dimensões, sempre de caráter precário e fruto de consensos sociais (entre epidemiólogos, planejadores, gestores e, não por último, de representantes das sociedades científicas e da sociedade civil).

A conformação do próprio setor saúde é determinada por acumulações históricas de demandas sociais que são alçadas ao nível de questões sociais, geralmente como resultantes de prolongados e complexos jogos de reivindicação e de pressão política, que transformam necessidades percebidas por indivíduos ou grupos restritos, em políticas adotadas pelos Estados Nacionais. Assumem, assim, status de conquistas sociais institucionalizadas na forma de políticas públicas permanentes. As necessidades de legitimação dos Estados nacionais forçam, por outro lado, a permeabilidade dos mesmos às demandas da sociedade e sua crescente incorporação às suas agendas de políticas. As políticas de Bem-Estar Social são típicos produtos de processos históricos desse tipo, nos quais as políticas de saúde se

enquadram. Por serem fruto de processos históricos são mutáveis e, em geral, cumulativas e sempre em expansão. Esse caráter transitório traz à definição da noção de necessidades de saúde uma sempre renovada complexidade.

As necessidades em saúde são aqui consideradas como estimativas de demanda de ações e serviços de saúde, determinadas por pressões e consensos sociais provisórios, pelo estágio atual do desenvolvimento tecnológico do setor, pelo nível das disponibilidades materiais para sua realização, legitimadas pela população usuária do sistema e pelos atores relevantes na sua definição e implementação. Pretende-se superar, assim, os enfoques utilitaristas marcados pelo um viés subjetivo e individual, apontando-se para a criação de consensos normativos sobre os níveis adequados de oferta de bens e serviços a serem providos pela ação setorial, tanto no campo da atenção, como no campo da promoção à saúde, este último condição essencial para a elevação dos patamares de autonomia e ampliação das capacidades individuais e coletivas para a busca da saúde.

Definição tão complexa pode parecer distante de uma operacionalização viável no curto prazo. Propõe-se, no entanto apresentar aproximações, ainda que grosseiras, que possam ser criticadas e melhoradas continuamente, à medida que suscitem e induzam a avaliação das situações reais e a pesquisa científica aplicada. Acreditamos que consensos precários possam ser estabelecidos desde que reconhecidos seu caráter de construto técnico e resultante de pactos políticos estabelecidos, distanciando-se de qualquer pretensão de objetividade ou de embasamento científico inquestionável. Para que não se perca nos meandros de um relativismo absoluto e imobilizante, algumas aproximações positivas podem e devem ser tentadas.

O estabelecimento de correlações entre as informações epidemiológicas e as ações de saúde deve se pautar na utilização de funções-utilidade diversas, sempre que possível explicitadas. As ações de saúde adequadas à mudança do nível do indicador epidemiológico deverão ser recomendadas, com base no conhecimento das áreas técnicas específicas, relacionadas mais diretamente aos eventos, selecionando-

se e indicando-se, sempre que possível, aquela com maior relação custo-benefício ou custo-efetividade ou aquelas que se justificam para o cumprimento do princípio da equidade, independente de sua oportunidade meramente econômica ou de economia de escala. No caso de áreas com menor conhecimento teórico, recomendações baseadas no saber dos especialistas e na vivência prática dos técnicos deverão ser elencadas. As ações propostas deverão, por fim, passar pelo crivo do pacto dos atores relevantes, bem como pela avaliação de sua viabilidade financeira.

Uma estrutura inicial, a ser aprimorada e preenchida pelos grupos técnicos relacionados ao problema/indicador epidemiológico em pauta, deveria responder às seguintes questões:

- Problema de saúde;
- Indicadores epidemiológicos relacionados ao problema;
- Unidade de medida;
- Fonte da informação;
- População relacionada ao indicador;
- Ações de saúde necessárias para impactar positivamente a situação;
- População alvo;
- Cobertura
- Necessidade estimada (parâmetro de concentração – expresso em ações *per capita*);
- Meta quantitativa ou qualitativa;
- Custo unitário da ação;
- Custo global no nível espacial respectivo;
- Fonte da informação;
- Periodicidade de medida;
- Ações antecedentes (ações a serem desenvolvidas anteriormente ou simultaneamente, necessárias para a realização plena da ação em pauta);
- Ações decorrentes (ações a serem desenvolvidas posteriormente ou simultaneamente, necessárias ao pleno aproveitamento potencial da ação em pauta);

- N° estimado de exames complementares ou terapias especializadas necessários ao pleno desenvolvimento das ações ou atividades recomendadas.

4.3. Regionalização

A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, devendo orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são: o Plano Diretor da Regionalização, o Plano Diretor de Investimentos e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção.

O Plano Diretor da Regionalização deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, nas Unidades Federadas, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integridade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Os fluxos de usuários no sistema de saúde são definidos pela Programação Pactuada e Integrada e devem manter consonância com o processo de construção da regionalização, considerando inclusive as regiões interestaduais e a conformação das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços.



5. Eixos Orientadores

O processo de Programação Pactuada e Integrada deverá nortear-se pelos seguintes eixos orientadores:

5.1. Centralidade da Atenção Básica

O modelo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde e amplamente adotado pelos estados e municípios tem privilegiado, nos últimos anos, a sua reconversão com vistas à organização dos serviços de atenção básica, fortemente orientados para as ações de promoção e prevenção em saúde, buscando-se romper com a hegemonia do cuidado curativo centrado na atenção hospitalar. A Estratégia de Saúde da Família – ESF, bem como a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde-ACS, e outras de vinculação de clientela tem representado importantes iniciativas nesse sentido.

As ações de saúde atualmente consideradas de média complexidade, no modelo de atenção à saúde, devem se concretizar como um estágio assistencial aberto às demandas oriundas da atenção básica, tendo como missão principal o alcance de um grau de resolubilidade de ações que possa evitar o agravamento das situações mórbidas referenciadas, com vistas a reduzir ao máximo a evolução de agravos que possam demandar uma atenção de maior complexidade.

Outra questão a ser considerada na definição do escopo da média complexidade refere-se às tecnologias que necessitam escalas econômicas mínimas para se justificarem. Dada a estrutura de portes populacionais dos municípios brasileiros, marcada pela existência de uma grande maioria de pequenos municípios, muitos equipamentos sanitários não demonstram viabilidade técnica e econômica para serem distribuídos homoganeamente em todos eles, obrigando a sua concentração em municípios maiores. As características sócio-demográficas de amplas áreas do território nacional, com baixíssimas densidades demográficas, amplas extensões territoriais, enormes distâncias entre os núcleos urbanos e rurais, precárias condições das vias de

transporte viário (que, às vezes, mesmo inexistem ou somente podem ser utilizadas em determinados períodos do ano), obrigam a relativização do critério de escala econômica para a instalação de equipamentos sanitários essenciais. Assim, as políticas de investimento e, conseqüentemente aquelas de custeio, devem considerar as especificidades regionais e microrregionais, sob pena da elaboração de desenhos de redes de serviços e de níveis tecnológicos que perpetuam as desigualdades inter e intra-regionais. A indução do desenvolvimento tecnológico de equipamentos adequados a essa diversidade de níveis de escala econômica, deve ser um permanente desafio colocado ao Sistema Único de Saúde.

A relação dos serviços de atenção básica com os demais níveis de atenção deve ser claramente definida. Nas demais experiências mundiais de programas vinculatórios, as equipes de atenção básica são as responsáveis preferenciais pela modulação da demanda aos demais níveis tecnológicos.

Em nosso país, a independência relativa dos serviços de média complexidade tem longa tradição, e seu fluxo de demanda é geralmente desorganizado, caracterizando-se por frágeis mecanismos de regulação. Os interesses privados são também dominantes nessa área da assistência e exercendo fortes pressões aos gestores no sentido de garantir patamares mínimos de demanda. Muitas vezes esse quadro se manifesta pelo excesso de consumo de determinados exames ou terapias, com elevado nível de resultados negativos.

O caso das consultas especializadas não foge a esta regra, organizando-se de forma autônoma e pouco sensível às demandas oriundas da atenção básica, com um pequeno estoque de pacientes saturando as agendas dos especialistas em recorrentes retornos, sem a devolução programada às equipes básicas, sendo estas responsáveis pela garantia da integralidade do cuidado e da sua continuidade efetiva.

A ruptura desse pacto deletério à saúde dos coletivos somente poderá ser viabilizada assumindo-se a centralidade das estratégias vinculatórias (ESF ou outras), para as quais todo o arsenal tecnológico e terapêutico deveria servir de estrutura de suporte e retaguarda especializada.

A centralidade dos serviços de atenção básica implica no reconhecimento de seu papel protagônico na organização do sistema de atenção à saúde, o que condiciona à atribuição e organização de mecanismos organizacionais e materiais para que possam garantir a longitudinalidade do cuidado. Integrar o atendimento de urgência e emergência aos demais segmentos da rede assistencial é fundamental para a captação da demanda que não está vinculada às equipes de saúde, de forma a realizar seu acompanhamento sistemático.

No que se refere ao planejamento e programação da atenção, aceitando-se as considerações anteriores como pressupostos válidos, deve-se partir das ações básicas de saúde e das referentes à urgência e emergência para compor o rol de ações de maior complexidade tecnológica, estabelecendo os patamares mínimos de demanda orientada pelos problemas e estratégias da atenção básica, não apenas na sua dimensão assistencial como de promoção e prevenção.-

Mantendo consonância com o planejamento, a programação das ações deve ser orientada por prioridades definidas pelos gestores. Considerando o disposto no Pacto pela Vida, a definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas conforme pactuação local. São seis as prioridades pactuadas: saúde do idoso, controle do câncer do colo do útero e da mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose malária e influenza, promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica.

O Ministério da Saúde definiu algumas áreas estratégicas, refletidas em políticas específicas para orientar o processo de programação:

- Saúde da criança;
- Saúde do adolescente;
- Saúde da mulher;
- Saúde do Idoso;
- Saúde do Adulto
- Saúde Bucal;

- Saúde da Pessoa com Deficiência;
- Saúde do Trabalhador;
- Saúde Mental
- Urgências;
- Meningite
- Malária,
- Hepatites virais,
- Hanseníase
- Tuberculose,
- DST/AIDS.

A programação partindo de áreas estratégicas possibilita ao gestor uma melhor visão do processo de planejamento e integra de forma mais efetiva as ações básicas e de média complexidade, na medida em que os dois níveis da atenção passam a compor um mesmo momento do processo de programação. Considerando a forma de financiamento da atenção básica, por valores per capita, a programação será somente física para este nível de complexidade. Ressalta-se que a organização da assistência, tendo como principal porta de entrada a atenção básica, é condição fundamental para a estruturação das demais áreas, bem como para a viabilização dos fluxos estabelecidos através da Programação Pactuada e Integrada.

Além das áreas estratégicas definidas pelo gestor federal, os gestores estaduais e municipais devem acrescentar outras áreas e ou ações de saúde, considerando seus planos de governo.

A programação das ações que não compõem as áreas estratégicas deve se guiar por novas aberturas programáticas, a serem descritas no item 5.2.

5.1.1. Parâmetros para Programação de Ações de Saúde

Para melhor embasar o processo de programação é importante a definição de parâmetros de referencia. Os parâmetros assistenciais baseados unicamente em séries históricas de produção podem reproduzir os desvios já existentes no sistema de saúde, porém, não se

pode cair no equívoco de desprezá-los. Para possibilitar que se tenha outra fonte que signifique um avanço, são necessários ajustes nas aberturas programáticas, que permitam a incorporação de parâmetros recomendados por instituições de notório saber em determinadas áreas de conhecimento.

Possibilitar uma programação com base em áreas estratégicas, favorece a definição de novos parâmetros para além das séries históricas de produção. Desta forma foi desenvolvido um trabalho com todas as áreas técnicas do Ministério da Saúde, considerando suas políticas específicas, bem como consensos de especialistas e experiências de serviços, com o objetivo de propor parâmetros para programação de ações de saúde, com base na realidade nacional. Os parâmetros representam recomendações técnicas, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS, dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas, estruturais e financeiras.

Este trabalho resultou numa proposição de parâmetros de concentração de procedimentos e cobertura populacional para as ações de atenção básica e de média complexidade ambulatorial. Entende-se que parâmetros de cobertura são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido. Parâmetros de concentração são aqueles que projetam a quantidade de ações ou procedimentos necessários para uma população alvo. São expressos geralmente em quantidades per capita. Foram elaborados parâmetros para as seguintes áreas:

- Saúde da mulher
 - Pré-natal
 - Planejamento familiar
 - Câncer de colo uterino
 - Câncer de mama
- Saúde da criança
 - Crescimento e desenvolvimento
 - Doenças preveníveis

- Afecções respiratórias
 - Asma
 - Diarréia
 - Saúde Ocular
 - Triagem Auditiva neonatal
- Saúde do Adolescente
- Saúde do Adulto
 - Diabetes Mellitus
 - Hipertensão Arterial
- Saúde do Idoso
- Saúde Bucal
 - Procedimentos coletivos
 - Procedimentos individuais
- Saúde Nutricional
 - Desnutrição
 - Desnutrição leve e moderada
 - Desnutrição grave
 - Anemia
 - Hipovitaminose A
 - Obesidade em Adultos
 - Obesidade em Crianças
- Saúde do trabalhador
 - Dermatoses ocupacionais
 - Exposição a materiais biológicos
 - Lesão de Esforço Repetitivo e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - LER/DORT
 - Pneumoconioses
 - Perdas Auditivas Induzidas por Ruído - PAIR
 - Exposição ao chumbo
 - Exposição ao benzeno
 - Intoxicação por agrotóxicos
- Saúde Mental
 - Saúde mental na Atenção Básica
 - Centros de Atenção Psicossocial
 - Ambulatórios
 - Desinstitucionalização
 - Leitos Integrais em Saúde Mental

- Urgências
 - Demanda espontânea e pequenas urgências
 - Atendimento pré - hospitalar
- Hepatites Virais
 - Hepatite B
 - Hepatite C
- DST/AIDS
 - Diagnóstico
 - Sífilis em gestantes/parturientes
 - HIV em gestantes
 - HIV em parturientes
 - HIV na população geral
 - Acompanhamento clínico em portadores HIV
- Hanseníase
- Tuberculose
- Meningite
- Malária

5.2. Aberturas Programáticas

Aberturas programáticas podem ser entendidas como níveis de agregação das ações de saúde, permitindo de forma racional e coerente com as prioridades assumidas, a atribuição de metas e conseqüentemente a alocação dos recursos financeiros disponíveis para o seu custeio.

As aberturas programáticas utilizadas na PPI elaborada durante o ano 2000, em coerência com as orientações das mudanças do marco normativo que resultaram na NOAS 01 / 02, se caracterizaram pela agregação dos procedimentos de média complexidade da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) em três blocos ou elencos (M1, M2 e M3). A construção dos subgrupos (agregações menores no interior dos elencos) foi regida pela lógica de níveis de complexidade tecnológica, agregando procedimentos passíveis de serem realizados por recursos humanos especializados, utilizando equipamentos específicos, a partir de consultas a especialistas nas respectivas áreas.

No caso da alta complexidade, optou-se pela utilização dos grupos de procedimentos da tabela, sem alterações. A abertura programática para as internações hospitalares foi definida utilizando-se as especialidades clínicas disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), para possibilitar o levantamento de dados suplementares por parte dos estados e municípios. Os procedimentos ou subgrupos que já eram, ou passaram a ser financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC, não foram objeto de programação na PPI, não integrando os limites financeiros estaduais.

Se por um lado a abertura programática por subgrupos possibilitou uma alocação de recursos mais aprimorada, por outro, a necessidade de revisão foi sendo percebida desde o início da efetiva implementação da proposta pelos estados, quando foram detectados diversos problemas na sua estrutura:

- Falta de flexibilidade para agregação ou desagregação dos procedimentos
- Aberturas programáticas com agregações de procedimentos de natureza distintas e valores discrepantes

Alguns determinantes devem ser considerados para a definição de uma nova abertura programática na medida em que ela deve ser coerente com as regras atuais de financiamento do SUS, ou com aquelas que possam ser negociadas e instituídas em curto prazo. Deve-se reconhecer também a diversidade do conjunto de sistemas municipais brasileiros, os níveis de complexidade tecnológica e inserção na rede de serviços. Devem também conter preocupações quanto à ruptura da lógica de produção, mas ao mesmo tempo não podem desconsiderar que o financiamento do SUS hoje está pautada na tabela de procedimentos e que esta gera o maior sistema de informações em saúde do país.

A incorporação da totalidade das ações realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde é fundamental para que a programação reflita a realidade dos serviços. Assim torna-se imprescindível que se programe as ações financiadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensa-

ção (FAEC) de acordo com as aberturas programáticas definidas. As formas de financiamento do sistema devem ser consideradas como atributo, não sendo critério para exclusão de ações a serem programadas. É importante também que seja possibilitada a programação de procedimentos que não estão previstos na tabela.

A programação manterá consonância com as propostas de financiamento de estabelecimentos baseadas em contratos de gestão ou de metas, tais como os hospitais de pequeno porte, hospitais universitários, Centros de Especialidades Odontológicas, SAMU, entre outras.

5.2.1. Atenção Básica e Média Complexidade Ambulatorial

A programação da atenção básica e média complexidade ambulatorial deve prioritariamente partir de áreas estratégicas, com parâmetros propostos pelas áreas técnicas do MS e transformados em consensos. No entanto é necessário prever ações que não estão vinculadas às áreas definidas como estratégicas, mas que demandam quantificação e alocação de recursos para sua execução. Portanto, a programação das ações, da atenção básica e da média complexidade ambulatorial, que não estão organizadas por áreas estratégicas, deve ser orientada pela estrutura da Tabela de Procedimentos. Cada grupo da tabela poderá ser desagregado em subgrupo, forma de organização ou procedimento, cabendo ao gestor optar pelo nível de agregação coerente com suas necessidades. Diferentes níveis de agregação poderão ser utilizados em um mesmo grupo, possibilitando maior adequação às realidades locais.

A programação da atenção básica é de responsabilidade dos municípios e não estão previstos referenciamentos. Para a média complexidade ambulatorial a lógica de programação será ascendente, onde os municípios programam as ações de sua população e realizam os encaminhamentos para outros municípios, daquelas ações que não possuem oferta, por insuficiência ou inexistência de capacidade instalada, mantendo consonância com o processo de regionalização.

5.2.2. Alta Complexidade Ambulatorial

A programação da alta complexidade ambulatorial será permeada por dois grupos:

- Procedimentos com finalidade diagnóstica;
- Procedimentos para tratamento clínico que compõem redes de serviços.

Os procedimentos com finalidade diagnóstica poderão ser agrupados da seguinte forma:

- Patologia clínica especializada
 - Exames para diagnóstico e acompanhamento das hepatites virais
 - Outros exames
- Radiodiagnóstico
 - Neuroradiodiagnóstico
 - Angiografias
- Medicina Nuclear (sem Densitometria)
- Densitometria óssea
- Ressonância Magnética
- Tomografia
- Radiologia Intervencionista
- Hemodinâmica

Na programação dos procedimentos para tratamento clínico serão consideradas as definições da política de alta complexidade do Ministério da Saúde. Estão previstas as seguintes aberturas programáticas:

- Nefrologia
 - DPA
 - DPAC
 - DPI
 - HD
 - exames complementares de média complexidade
- Oncologia
 - Quimioterapia
 - Oncologia clínica
 - Hematologia
 - Oncologia pediátrica

- Radioterapia – separando braquiterapia
- Reabilitação
 - Saúde auditiva
 - Atendimento em Serviços de Média Complexidade
 - Atendimento em Serviços de Alta Complexidade
 - Fonoaterapia
 - Bolsas de Colostomia
 - Reabilitação física
 - Atendimento em serviços especializados
 - Fornecimento de próteses e órteses
- Saúde do Trabalhador
- Litotripsia
- Hemoterapia
 - Triagem clínica de doador
 - Coletas
 - Exames imunohematológicos
 - Sorologia total
 - Processamento
 - Pré transfusional
 - Transfusional
 - Outros procedimentos

Todas as ações de alta complexidade e algumas da média complexidade (saúde do trabalhador, parte da reabilitação e exames para diagnóstico e acompanhamento das hepatites virais), que apresentem características de estarem concentradas em alguns pólos, serão programadas com lógica descendente, onde as referências serão definidas a partir dos municípios que realizam este tipo de atendimento, definindo sua área de abrangência e mantendo consonância com a regionalização definida.

5.2.3. Média Complexidade Hospitalar

A programação da média complexidade hospitalar deve ser orientada pelas clínicas de acordo com a distribuição de leitos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES):

Cirúrgicas:

- Buco maxilo facial
- Cardiologia
- Cirurgia geral
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Nefrologia/Urologia
- Neurocirurgia
- Oftalmologia
- Oncologia
- Ortopedia/Traumatologia
- Otorrinolaringologia
- Plástica
- Torácica
- Transplante

Obstétricas

- Obstetrícia clínica
- Obstetrícia cirúrgica

Pediátricas

- Pediatria clínica
- Pediatria cirúrgica

Clínicas:

- AIDS
- Cardiologia
- Clínica geral
- Dermatologia
- Geriatria
- Hansenologia
- Hematologia
- Nefrologia/urologia
- Neonatologia
- Neurologia

- Oncologia
- Pneumologia

Outras especialidades:

- Crônicos
- Psiquiatria
- Reabilitação
- Pneumologia sanitária

Hospital dia:

- Cirurgia
- AIDS
- Fibrose cística
- Intercorrência pós-transplante
- Geriatria
- Saúde mental

Na programação da média complexidade hospitalar a lógica de programação será ascendente, onde os municípios programam as internações de sua população e realizam os encaminhamentos para outros municípios, daquelas que não possuem oferta, por insuficiência ou inexistência de capacidade instalada, mantendo consonância com o processo de regionalização.

5.2.4. Alta Complexidade Hospitalar

A programação da alta complexidade hospitalar deve ser orientada pelas clínicas de acordo com a distribuição de leitos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e considerando os seguintes serviços:

Cardiologia

- Cirurgia Cardiovascular
- Cirurgia Cardiovascular Pediátrica
- Cirurgia Vascular
- Procedimentos Endovasculares Extracardíacos
- Laboratório de Eletrofisiologia

Neurocirurgia

- Neurocirurgia do Trauma e Anomalias do Desenvolvimento
- Neurocirurgia da Coluna e dos Nervos Periféricos
- Neurocirurgia dos Tumores do Sistema Nervoso
- Neurocirurgia Vascular
- Neurocirurgia da Dor e Funcional

Oncologia

Traumato-ortopedia

- Coluna
- Cintura Escapular, Braço e Cotovelo
- Antebraço, Punho e Mão
- Cintura Pélvica, Quadril e Coxa
- Coxa, Joelho e Perna
- Perna Tornozelo e Pé
- Ortopedia Infantil
- Urgência e Emergência

As internações de alta complexidade, que apresentam características de estarem concentradas em alguns pólos, serão programadas com lógica descendente, onde as referências serão definidas a partir dos municípios que realizam este tipo de atendimento, definindo sua área de abrangência e mantendo consonância com a regionalização definida.

Para a programação do quantitativo de internações recomenda-se a utilização do parâmetros de 6 a 8% da população geral ao ano. Outros parâmetros para a área hospitalar podem ser consultados na portaria GM nº 1101 de 12/06/2002.

5.2.5. Leitos Complementares

A programação das internações realizadas em leitos complementares também será orientada pela distribuição do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde:

Leitos Complementares:

- UTI adulto
- UTI infantil
- UTI neonatal
- Unidade intermediária
- Unidade intermediária neonatal
- Unidade de isolamento

A programação destas internações acontecerá de forma descendente, também, pelo fato de estarem concentradas em alguns pólos, sendo que o recurso financeiro será alocado nos municípios que possuem estes serviços, com definição das respectivas abrangências, mantendo consonância com a regionalização vigente.

A intenção é de que esta metodologia, através de aberturas programáticas que levam em consideração a forma de organização dos serviços e a regionalização, se constitua como importante instrumento de fortalecimento da gestão do SUS, qualificando o processo de regulação do acesso aos serviços de saúde.

5.3. Integração das Programações

A Programação Pactuada e Integrada pretendia na sua proposição inicial ser fruto da negociação entre os gestores e integrar no seu bojo as diversas áreas e ações. Diversas contingências e resistências a essa integração resultaram em iniciativas isoladas de programação na assistência (PPI da Assistência), na Vigilância em Saúde (PPI de Epidemiologia e Controle de Doenças) e na ANVISA (PPI da Vigilância Sanitária).

A PPI ECD e a da ANVISA foram posteriormente unificadas na PPI VS.

A programação assistencial deverá estar integrada à PPI da Vigilância em Saúde, tendo em vista o conjunto de atividades de atenção que possuem interface no seu objeto de trabalho. Esta perspectiva deve estar refletida em um instrumento de programação, com uma plataforma comum, dada a necessidade de unicidade da linguagem e in-

ter-relações, preservadas as especificidades do objeto de trabalho de cada área. Assim a proposta discutida é a utilização do SISPPI, como plataforma comum, desenvolvendo de forma modular, mas relacional, os subsistemas relativos à área da Assistência e da Vigilância em Saúde. Para tal foram identificados os principais agravos, acrescentados às áreas estratégicas, cujas ações são acompanhadas pela PPI da Vigilância em Saúde e que demandam ações de assistência, fundamentais para seu diagnóstico e acompanhamento. Destes podemos destacar: Tuberculose, Hanseníase, AIDS, Sífilis congênita, meningite, hepatites virais e malária.

O objetivo é possibilitar aos gestores a integração das ações de vigilância e assistência para estes agravos, levando-se em consideração as metas traçadas anualmente na PPI da vigilância, no momento da programação das ações na PPI da assistência e, sobretudo, permitir o monitoramento das mesmas.

As ações de vigilância em saúde serão desenvolvidas de acordo com a Programação Pactuada Integrada dessa área, que será elaborada conforme as normas vigentes. As ações e metas pactuadas na PPI VS serão acompanhadas por intermédio de indicadores de desempenho envolvendo aspectos operacionais e de gestão, estabelecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

5.4. Composição das Fontes de Recursos Financeiros a serem Programados

Os serviços de assistência à saúde devem ser financiados com recursos dos três níveis de governo.¹ O nível federal tem assumido parte do custeio dos serviços de assistência à saúde, com as transferências fundo a fundo aos gestores estaduais e municipais, através dos limites financeiros de média e alta complexidade e outras modalidades de transferência de recursos, como o PAB, e o pagamento dos procedimentos cobertos pelo FAEC. Com exceção de eventuais complementações de valores das tabelas de procedimentos realizadas por estados e municípios, a totalidade dos recursos de pré ou pós-pagamento por

produção são programados e pagos, até o presente, majoritariamente pelo nível federal. Sabe-se que o custo real dos serviços muitas vezes extrapola os valores faturados ou estimados com base nas tabelas, em geral cabendo aos gestores correspondentes a sua complementação, através de diversas formas de custeio direto ou indireto.

Nos últimos meses foram criadas modalidades de financiamento, envolvendo cobertura de custeio de forma global, com recursos estaduais e/ou municipais e federais (hospitais de pequeno porte; hospitais de ensino, centros de especialidades odontológicas – CEO), inaugurando uma nova prática de co-financiamento dos serviços, apontando uma tendência de progressivo rompimento com a lógica de pagamento por produção.

Considerando-se o dispositivo legal, bem como a necessidade do envolvimento da totalidade dos recursos no processo de programação, faz-se necessária a explicitação dos aportes estaduais e municipais implicados no custeio da assistência.

Reconhece-se a existência de dificuldades de várias ordens nessa explicitação, principalmente relacionadas às diversas classificações adotadas por estados e municípios em seus orçamentos. A autonomia dos entes federados na definição das suas aberturas orçamentárias, limitada apenas no nível das funções e subfunções que, no caso da assistência inclui numa mesma subfunção a assistência ambulatorial e hospitalar, por demais agregada para qualquer utilização no processo de programação. Uma padronização mínima das aberturas dos três níveis de governo, que somente poderia ser alcançada com o estabelecimento de um consenso entre os mesmos é um objetivo a ser perseguido e incluído na agenda das negociações intergovernamentais.

Independente das rubricas orçamentárias adotadas, um acordo provisório com os estados e municípios, poderia ser estabelecido com suas legítimas representações, envolvendo pelo menos quatro modalidades passíveis de serem tratadas pelos instrumentos de programação, quais sejam:

- co-financiamento de serviços financiados globalmente (como nos CEO, SAMU, hospitais de pequeno porte, etc.);

- recursos alocados para compra de serviços privados cobertos exclusivamente pelos tesouros municipais ou estaduais;
- recursos dos tesouros estaduais ou municipais alocados para complementação de valores das tabelas SIA e SIH;
- outras modalidades de alocação como subsídios globais a serviços específicos (e.g., hospitais filantrópicos).

Cabe ressaltar que o objetivo de incluir estas modalidades para custeio da assistência na programação é possibilitar aos gestores a utilização de parâmetros que realmente dimensionem as ações de saúde ofertadas para sua população, e não simplesmente parâmetros que reflitam o financiamento do gestor federal. É reconhecido que apenas estas quatro modalidades não refletem a totalidade dos recursos gastos com assistência, como por exemplo, com recursos humanos, manutenção de equipamentos próprios, entre outros, no entanto são estas, atualmente, as possíveis de serem incluídas na programação de ações de assistência.

Não é escopo da programação a comprovação dos recursos próprios que cada gestor investe em saúde, para tal existem outros instrumentos.-

Para visualizar a composição dos recursos a serem programados, os parâmetros de concentração deverão estar subdivididos conforme sua fonte de financiamento (federal, estadual e municipal), com um totalizador que apresenta o valor per capita final.

5.5. O Processo de Programação e as Relações Intergestores

5.5.1. Etapa Preliminar de Programação

O gestor estadual, em conjunto com os gestores municipais, define a partir do fórum Intergestores Bipartite-CIB:

- A agenda de necessidades/prioridades no estado, a serem contempladas pela Programação Pactuada e Integrada;

- As diretrizes gerais, a serem referência para o processo de programação no estado;
- O formato/desenho da proposta de regionalização, base para constituição das redes regionalizadas, considerando-se, inclusive os espaços territoriais que extrapolam as fronteiras político-administrativas estaduais, e que conformam regiões interestaduais;
- Levantamento da capacidade instalada existente nos municípios que compõem as regiões de saúde;
- A macro-alocação dos recursos financeiros federais, e estaduais quando couber, definindo os recursos a serem programados pelos municípios e os recursos a serem utilizados para reserva técnica e para alguns incentivos permanentes de custeio:

Reserva Técnica

De acordo com a decisão da Comissão Intergestores Bipartite, poderá ser utilizada após a consolidação da programação para:

- Áreas não contempladas no início do processo de programação;
- Alocação de recursos nos limites financeiros de municípios definidos pela CIB;
- Adequação de áreas que ficaram com déficit na programação;
- Garantia de sustentabilidade de serviço considerados essenciais pela CIB. Ex: urgência;
- Pactos interestaduais: esta definição está vinculada à realidade local. No caso do valor referente aos pactos interestaduais deve-se levar em consideração se o limite financeiro do estado que receberá os usuários já agrega valores para o atendimento da população interestadual, as diferenças dos valores médios dos procedimentos a serem encaminhados, a evolução do limite financeiro dos estados envolvidos e os fluxos existentes entre os estados.

Incentivos permanentes de custeio

Estes incentivos envolvem recursos de custeios que não provêm exclusivamente da tabela de procedimentos, conforme o disposto na portaria GM 698, de 30 de março de 2006:

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- Incentivo de Integração do SUS - INTEGRASUS
- Fato de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em saúde – FIDEPS;
- Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI;
- Incentivo de Adesão à Contratualização – IAC;
- Incentivo referente ao Programa Interministerial de Reforço e Manutenção de Hospitais Universitários;
- Hospitais de Pequeno Porte.

Recursos a serem programados pelos municípios

- Estes recursos se constituem nos limites para definição dos parâmetros de programação das ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar
- Definição do nível de agregação das aberturas programáticas para as ações de média complexidade ambulatorial não previstas nas áreas estratégicas;
- Definição pela CIB dos parâmetros estaduais e dos valores médios correspondentes aos níveis de agregação definidos nas aberturas programáticas, que subsidiarão as programações municipais. Os parâmetros serão definidos observando-se a lógica abaixo discriminada:
 - Ações de atenção básica e média complexidade ambulatorial previstas nas áreas estratégicas: os parâmetros, em sua maioria por procedimento, são traduzidos em valores per capita para suas populações alvo (nº procedimentos/população alvo/ano) e possuem como referências sugestões consensadas pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde. Na etapa preliminar de programação a atenção básica é programada somente para fornecer subsídios à programação das ações média complexidade;
 - Ações de média complexidade ambulatorial não previstas nas áreas estratégicas: os parâmetros são traduzidos em valores per capita para a população geral (nº procedimentos/habitante/ano), em cada nível de agregação selecionado, e possuem como referências os parâmetros produzidos em séries históricas.

- Ações de alta complexidade ambulatorial ou de lógica similar: são parametrizadas com base em definições de portarias específicas no caso da oncologia, terapia renal substitutiva, saúde auditiva e reabilitação motora. Os parâmetros referentes aos exames de alta complexidade ambulatorial (patologia clínica especializada, radiodiagnóstico, ressonância magnética, medicina nuclear, densitometria óssea, radiologia intervencionista, hemodinâmica e tomografia) traduzem-se em percentuais em relação ao número de consultas especializadas. A litrotripsia e hemoterapia possuem parâmetros específicos com base populacional e que consideram características destes tipos de terapia.
- Internações hospitalares; os parâmetros referem-se ao percentual de internação da população geral e ao percentual de participação por clínica (conforme distribuição de leitos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), discriminando os percentuais para média e alta complexidade e os respectivos valores médios.
- Elaboração de um plano descrevendo os momentos e atividades do processo da Programação Pactuada e Integrada, contendo a composição do grupo de trabalho, com representação da SES e COSEMS e cronograma de implantação.

Os dois primeiros tópicos (agenda de necessidades/prioridades e diretrizes do processo de programação) deverão também ser deliberados pelo Conselho Estadual de Saúde.

Estas definições podem ser revistas no âmbito regional, considerando suas especificidades, se a Comissão Intergestores Bipartite assim o deliberar.

5.5.2. Etapa de Programação Municipal

Nesta etapa o gestor municipal define:

- A agenda de prioridades do município, a serem contempladas pela programação;
- As diretrizes da programação municipal;
- Se haverá programação por distrito de saúde;

- A macro-alocação dos recursos financeiros municipais;
- O nível de agregação das aberturas programáticas para as ações de média complexidade ambulatorial não previstas nas áreas estratégicas; que deverá ser igual ou menor que a estadual.
- Os parâmetros para a população residente no município, correspondentes aos níveis de agregação definidos nas aberturas programáticas;
 - Ações de atenção básica e média complexidade ambulatorial previstas nas áreas estratégicas: os parâmetros são traduzidos em valores per capita para suas populações alvo (nº procedimentos/população alvo/ano) e possuem como referências sugestões consensadas pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde.
 - Ações de atenção básica e de média complexidade ambulatorial não previstas nas áreas estratégicas: os parâmetros são traduzidos em valores per capita para a população geral (nº procedimentos/habitante/ano) e possuem como referências os parâmetros produzidos em séries históricas.
 - Internações hospitalares: os parâmetros referem-se ao percentual de participação por clínica da média complexidade (conforme distribuição de leitos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).
- Os encaminhamentos para outros municípios quando a oferta for insuficiente ou inexistente. Deverá ser objeto da programação, ainda nesta fase, o conjunto de ações assistenciais, que serão pactuadas nos fóruns regionais, com vistas à constituição ou consolidação das redes regionais (intermunicipal e interestadual).

Os dois primeiros tópicos (agenda de necessidades/prioridades e diretrizes do processo de programação) deverão também ser deliberados pelo Conselho Municipal de Saúde.

A estimativa do impacto financeiro da programação municipal, decorrente dos encaminhamentos intermunicipais, observará a seguinte lógica:

- Para se estimar o valor financeiro das ações ambulatoriais a serem referenciadas em regiões formadas por municípios do mesmo esta-

do, será utilizado o valor médio do conjunto de ações a ser programado, referente ao município que realiza o encaminhamento.

- Se o município não executa tais ações, será utilizado o valor médio do Estado
- Em caso do estado não as executar, será utilizado então o valor médio nacional.
- No caso da programação hospitalar será utilizado o valor médio do município de referência.

Para relativizar a diferença entre os valores médios do município de origem e o município de referência, na área ambulatorial, recomenda-se que no processo de programação os procedimentos que serão encaminhados a outros municípios, com valores muito diferenciados, sejam programados isoladamente.

Quando se tratar de regiões formadas por municípios de mais de um estado a diferença entre os valores médios do estado que encaminha e do estado que recebe será objeto de negociação e pactuação entre os municípios e estados envolvidos, mediados pelo gestor federal.

5.5.3. Pactuação Regional (Inter-Municipal/Intra e Interestadual)

O momento da pactuação regional não configura uma etapa permeando todo o processo de Programação Pactuada e Integrada. Os gestores cujos municípios integram as regiões de saúde, em reuniões mediadas pelo gestor estadual, analisarão as necessidades e a capacidade regional. No caso das regiões formadas por municípios de mais de um estado, deverão participar os estados (com aprovação dos pactos nas respectivas CIBs) e municípios envolvidos, com a mediação do gestor federal.

Após análise e estabelecimento dos pactos intermunicipais ou interestaduais, os serviços não ofertados na região deverão ser discutidos e pactuados com outras regiões. Esta metodologia possibilitará que os recursos pactuados e aprovados na CIB sejam transferidos para o custeio dessas ações e serviços de saúde. Quando esta transferência se der entre estados diferentes, os recursos correspondentes não deverão compor o limite financeiro do estado de referência, devendo

permanecer nele alocados enquanto perdurar o pacto estabelecido. Assim teremos o limite financeiro para a população própria, limite financeiro para a população referenciada dentro do estado, limite financeiro para o referenciamento da população para outros estados e valor alocado para atendimento à população de outros estados. O produto das negociações será encaminhado ao Ministério da Saúde para avaliação e publicação.

As referências inter regionais dentro e fora do estado devem seguir a mesma metodologia.

5.5.4. Etapa de Consolidação da PPI Estadual

O grupo de trabalho, com representação da SES e COSEMS analisa, realiza os ajustes necessários e consolida todo o processo composto os quadros da Programação Pactuada e Integrada estadual, conforme o disposto na portaria GM nº 1097, de 22 de maio de 2006 . Serão identificados os limites financeiros municipais, compostos pelos valores relativos à assistência da população própria e os relativos à assistência referenciada e, se for o caso, parcela relativa à população de outros estados. Esta consolidação deverá ser objeto de decisão da CIB, dando publicidade em órgão oficial no estado e, posteriormente, encaminhando ao Ministério da Saúde para publicação e início de vigência.

Ainda nesta etapa os municípios iniciam a programação intramunicipal onde deverão compatibilizar a programação municipal com a programação de cada estabelecimentos de saúde, partindo para o processo de contratualização.

Os gestores deverão implementar os mecanismos de monitoramento, regulação e avaliação do processo assistencial que viabilizem os fluxos estabelecidos. com a consequente distribuição das ações programadas por estabelecimento de saúde, a definição dos montantes globais a serem alocados em cada unidade, suas metas e indicadores de monitoramento (processo e resultado), que serão objeto dos termos dos Contratos de Metas.

5.5.5. Atualização das Programações

A programação, concebida como um processo, deve estar apta a receber alterações com agilidade. Assim mudanças motivadas por abertura ou fechamento de serviços, formalização de novos pactos de referência, incremento de limites financeiros, alterações de valores de tabela, entre outros, devem repercutir em ajustes periódicos. Estas alterações podem incidir diretamente nos estabelecimentos de saúde (quando não houver impacto nas referências intermunicipais) ou representar alterações nos parâmetros adotados e/ou nos pactos intermunicipais. A atualização contínua é fundamental para a manutenção da coerência com as funções de controle, regulação e avaliação.

5.5.6. Consolidação das Programações Estaduais

Para possibilitar acesso às informações das Programações Pactuadas e Integradas realizadas nas Unidades Federadas, é necessário que seja criado um ambiente que armazene as bases programadas e validadas pelos estados, por competência. Assim, mesmo os estados que optem por não utilizar o aplicativo desenvolvido pelo Ministério da Saúde deverão seguir os padrões e encaminhar os produtos definidos na portaria GM nº 1097, de 22 de maio de 2006.

5.5.7. Periodicidade da Revisão Global da Programação Pactuada e Integrada

Diante da possibilidade de atualização contínua das Programações Pactuadas e Integradas estaduais/municipais, revisões globais deverão ser realizadas no mínimo a cada gestão estadual, respeitando as pactuações da Comissão Intergetores Bipartite, mantendo-se a flexibilidade necessária para os casos em que as conjunturas locais demandem revisões em intervalos menores.

6. Avaliação e Monitoramento

Após o processo de programação pactuada e integrada é fundamental que sejam adotados mecanismos para seu monitoramento e avaliação, buscando o permanente direcionamento para uma alocação consistente de recursos, que mantenha a coerência com os demais processos de gestão.

Entende-se monitoramento da Programação Pactuada e Integrada como um conjunto de atividades que buscam acompanhar rotineiramente a execução física e financeira das ações e dos fluxos pactuados. Os complexos regulatórios de acesso se configuram como uma das ferramentas de excelência para o monitoramento dos pactos firmados.

Este acompanhamento constitui-se de análise dos seguintes aspectos:

- Comparativo entre parâmetros físicos adotados e produzidos por agregados de procedimentos da área ambulatorial;
- Comparativo entre parâmetros físicos sugeridos e adotados nas áreas estratégicas;
- Comparativo entre os percentuais de participação por clínica hospitalar;
- Comparativo entre os percentuais de internação adotados e realizados para população própria;
- Fluxos pactuados e realizados para a alta complexidade ambulatorial e área hospitalar;
- Identificação de vazios assistenciais;
- Comparativo entre valores médios adotados e produzidos para a população própria e referenciada;
- Comparativos entre limites financeiros e valores produzidos.

A utilização de gráficos e mapas com geo-referenciamento podem auxiliar a análise destes aspectos.

Avaliação consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou um serviço com o objetivo de auxiliar o processo de tomada de decisão (Contandriopoulos et al., 1997).

A avaliação da Programação Pactuada e Integrada que se propõe utiliza a metodologia de enfoque por problema de saúde. Esta metodologia parte de um diagnóstico classificando os municípios em grupos homogêneos conforme os indicadores que compõem o Índice de Condições de Vida e Saúde (ICVS), desenvolvido por Heimann et al. (2002).

Foram definidos inicialmente 8 problemas a serem trabalhados, considerando as prioridades do Pacto pela Vida, sua caracterização como problemas finalísticos relacionados à assistência à saúde e ao fato de estarem vinculados às áreas estratégicas previstas na Programação Pactuada e Integrada. São eles :

- Mortalidade Infantil
- Mortalidade Materna
- Câncer de mama
- Câncer de colo uterino
- Hanseníase
- Tuberculose
- Diabetes
- Hipertensão

Para cada problema foram construídas matrizes compostas por processos, variáveis, indicadores e fontes. Os indicadores foram classificados, considerando a tríade de Donabedian (1990), em estrutura, processo e resultado. Nos indicadores de processo priorizou-se a construção de pelo menos um indicador com dados da programação referentes aos problemas selecionados. Em cada problema buscou-se selecionar um procedimento para exercer a função de marcador, permitindo fornecer um indicativo quanto à adequação da programação ao enfrentamento dos respectivos problemas.

No interior de cada agrupamento de municípios é possível identificar os diferenciais de morbi-mortalidade existentes chamados de “bre-

chas redutíveis de mortalidade” (Castellanos, 1994). A análise dos diversos indicadores dos municípios de um agrupamento onde sejam identificadas “brechas” pode apontar para necessidades de intervenção através de ações assistenciais ou atividades que envolvam capacitação, adequação de estrutura, qualificação da informação, vigilância em saúde, entre outros.

No âmbito das ações assistenciais estas análises podem orientar o processo de programação visando o enfrentamento dos problemas priorizados.

A análise estatística dos indicadores de morbi-mortalidade deverá possibilitar aos gestores o tratamento integrado do grande volume de dados envolvidos, tanto de programação como da produção de serviços, apresentando indicadores ou outros dispositivos avaliativos de forma facilitada, voltando-se para os problemas prioritários de saúde. Outro resultado esperado é a criação de um instrumento de gestão que substitua a lógica da alocação de recursos pelo pagamento de procedimentos por uma lógica de solução de problemas.



Referências bibliográficas

- AMARAL, A. C. S. et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1617-1626, nov./dez. 2004.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Treatment of hipertension in adults with diabetes. Diabetes Care, [S. l.], v. 26(Suppl1), p. 580-582, 2003.
- ANDERSON, M. I. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. Textos sobre Envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1998.
- BARTLETT, J. G.; GALLANT, J. E. Medical management of HIV infection. Baltimore: Johns Hopkins Medicine Health Publishing Business Group, 2004. 450p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cobertura de testagem de HIV em gestantes. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/monitoraids>>.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população Brasileira – resultados principais. Brasília, 2004a. 67p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos da atenção básica, nº 6. Brasília, 2002a.
- _____. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>.
- _____. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, 2006a. 79p.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.067, de 04 de julho de 2005. Institui a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 jul. 2005a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.612, de 09 de setembro de 2005. Aprova as normas de funcionamento e credenciamento/ habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 set. 2005b.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.073, de 26 de setembro de 2000. Expede as instruções normativas destinadas a orientar o desenvolvimento das ações de controle e de eliminação da hanseníase em todo o território nacional, com ênfase na atenção básica de saúde, as quais regulamentam as diretrizes estabelecidas pela portaria nº 816, de 26 de julho de 2000. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 set. 2000a.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências, por intermédio da implantação de serviços de atendimento móvel de urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU – 192. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 dez. 2003a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece, na forma do anexo desta portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.570, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de próteses dentárias. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jul. 2004c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a política nacional de atenção à saúde auditiva. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 de set. 2004d. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.458, de 29 de dezembro de 2003. Determina que a Secretaria de Vigilância em Saúde, por intermédio do Programa Nacional de DST/aids, proceda à qualificação dos Estados, Distrito Federal e Municípios para o recebimento de recursos por meio do fundo de ações estratégicas e compensação – FAEC quando da realização dos procedimentos necessários para o diagnóstico da infecção pelo HIV, conforme estabelecido em norma constante do anexo I desta portaria. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 jan. 2004e. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os centros de atenção psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: caps I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 fev. 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 jun. 2000b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos centros de especialidades odontológicas. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 mar. 2006b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 698, de 20 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 abr. 2006g.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do SUS, o programa nacional de atenção comunitária integrada a usuários de álcool e outras drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo MS e pelas secretarias de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, com fins em anexo. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 maio 2002d.

_____. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 4. ed. Brasília, 2000c.

_____. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília, 2005c.

- _____. Ministério da Saúde. Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos. Manual Técnico. Brasília, 2001a.
- _____. Ministério da Saúde. Hipertensão e diabetes. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/publicacoes.php>>. Acesso em: 11 abr. 2006c.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>.
- _____. Ministério da Saúde. Manual da oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do Programa DST-AIDS. 1. ed. Brasília, 2005d. p.11.
- _____. Ministério da Saúde. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, 2002e.
- _____. Ministério da Saúde. Manual de utilização do PROGRAB. Brasília, DF, 2006d. No prelo.
- _____. Ministério da Saúde. Parâmetros para programação das ações básicas de saúde. Brasília, 2001b.
- _____. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde. 2. ed. Brasília, 2003b.
- _____. Ministério da Saúde. Planejamento familiar: manual para o gestor. Brasília, 2002f.
- _____. Ministério da Saúde. Planejamento familiar: manual técnico. Brasília, 2002g.
- _____. Ministério da Saúde. Plano nacional de controle da tuberculose (vigência 2004-2007). Brasília, 2004f.
- _____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher. Brasília, 2004g.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006. Define o processo da programação pactuada e integrada da assistência em saúde seja um processo instituído no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 maio 2006e. Seção 1, p 40.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a norma operacional da assistência à saúde - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2002h. Seção 1.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde de 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006f. Seção 1, p. 43.
- _____. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, 2005e. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Reprodutivos – Caderno nº 5)
- _____. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília, 2001c.

- _____. Ministério da Saúde. Programa nacional de DST e Aids. Brasília, 2003c.
- _____. Ministério da Saúde. Relatório técnico da campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, Ministério da Saúde, 2001d.
- _____. Ministério da Saúde. Representação no Brasil da OPAS/OMS. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001e.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 766, de 21 de dezembro de 2004. Expande para todos os estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS, conforme dispõe a portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000, a realização do exame VDRL (código 17.034.02-7) para todas as parturientes internadas, com registro obrigatório deste procedimento nas AIH de partos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez. 2004h. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 95, de 15 de fevereiro de 2005. Define e dar atribuições às unidades de assistência de alta complexidade em traumatologia. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2005f. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999. Inclui nos grupos de procedimentos da tabela dos sistemas de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, os códigos de procedimentos especificados em anexo. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 fev. 1999. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 587, de 07 de outubro de 2004. Determina que as secretarias de estado da saúde dos estados adotem as providências necessárias à organização e implantação das redes estaduais de atenção à saúde auditiva. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 out. 2004i. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 589, de 08 de outubro de 2004. Exclui a classificação de código 083 (reabilitação auditiva), do serviço/classificação de código 018 (reabilitação), da tabela de serviço/classificação do SIA/SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 out. 2004j. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas>>.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Trabalho infantil: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescente economicamente ativos. Brasília, 2005g. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador, Edição Especial). Complexidade Diferenciada é uma edição especial da coleção Saúde do Trabalhador.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado do Distrito Federal. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso internacional sobre pé diabético. Brasília, 2001f.
- _____. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990a. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/CCIVIL/LEIS>>.
- _____. Presidência da República. 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990b.

_____. Presidência da República. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

CARLINI, E. A. et al. I levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país, 2001. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.

CASTELLANOS, P. L. Perfiles de mortalidad, nivel de desarrollo e inequidades sociales en la region de las Americas. Washington, DC: OPS/OMS, 1994.

COELI, C. M.; COUTINHO, E. S. F.; VERAS, R. P. O desafio da metodologia de captura-recaptura na vigilância do diabetes mellitus em idosos: lições de uma experiência no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1709-1720, nov./dez. 2004.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. de D.; SILVESTRE, R. M. (Org.). A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: OPAS, 2006. 67 p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 11).

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Archives of Pathology Laboratory Medicine, [S. l.], v. 114, p. 1115-1118, nov. 1990.

FONSECA, J. C. Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C no Brasil. Relatório do grupo de estudo da sociedade Brasileira de Hepatologia. GED Gastroenterologia Endoscopia Digestiva, [S. l.], v. 18, p. S3-7, 1999.

FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. (Ed.). Medicina ambulatorial: condutas em atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p 641-56.

HEIMANN, L. S. et al. Quantos Brasis? Equidade para alocação de recursos no SUS. São Paulo: Noar Estúdios, 2002. CD-ROM.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2000: resultados preliminares. Rio de Janeiro, 2000.

INSTITUTO da tireóide. Disponível em: <http://www.indatir.org.br/a_tiroide;hipo.htm>. Acesso em: 11 abr. 2006.

IV DIRETRIZES brasileiras de hipertensão arterial. Rev. Bras. Hipertens., [S. l.], v. 9, n. 4, p. 359-408, out./dez. 2002.

MASCARENHAS, M. R. A tireóide no idoso. Disponível em: <http://www.corata.org/recueil_portugal_2003/mascarenhas.htm>. Acesso em: 11 abr. 2006.

MATUS, C. Política, planejamento & governo. Brasília: IPEA, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. Pub. Científica nº 111, Washington, 1965.

PACHECO, R. O.; SANTOS, S. S. C. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. Textos sobre Envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2004.

PANIZ, C. et al. Fisiopatologia da deficiência de vitamina B12 e seu diagnóstico laboratorial. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, out. 2005.

- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 299p.
- RIVERA, F. J. U. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.
- SBEM – SOCIEDADE Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/artigos_tireoide_oo1.php>. Acesso em: 11 abr. 2006.
- SIDORENKO, A.; WALKER, A. The Madrid International Plan of Action on Ageing: from conception to implementation. *Ageing & Society*, [S. l.], v. 24, p. 147-165, 2004.
- SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação do Diabetes Mellitus, e tratamento do Diabetes Mellitus do tipo 2. Brasília, 2000.
- SOUTO, F. J. D. Distribuição da hepatite B no Brasil: atualização do mapa epidemiológico e proposições para seu controle. *GED Gastroenterologia Endoscopia Digestiva*, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 143-150, 1999.
- TANNENBAUM, C.; MAYO, N. Women's health priorities and perceptions of care: a survey to identify opportunities for improving preventive health care delivery for older women. *Age Ageing*, v. 32, n. 6, p. 626-635, nov. 2003.
- TESTA, M. Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde. São Paulo: Editora HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- VIANA, S. et al. High prevalence of hepatitis B virus and hepatitis D virus in the western Brazilian Amazon. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, [S. l.], v. 73, n. 4, p. 808-14, oct. 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report: alcohol policy. Geneva: 2004.
- _____. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva, 2004.

Anexos

Anexo A

PORTARIA Nº 1.097 DE 22 DE MAIO DE 2006.

Publicada em 23/05/2006

Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de garantir o acesso da população às ações e aos serviços de assistência à saúde, com equidade;

Considerando o Inciso XI do art. 7º do capítulo II da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece como um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde a “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população”;

Considerando o art. 36, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece que o “processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União”;

Considerando a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que altera os arts 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde;

Considerando o disposto nas Diretrizes Operacionais do Pacto Pela Saúde, aprovadas pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, em especial seu item III.A.5 - Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde e item III. B. 3 - Responsabilidades no Planejamento e Programação;

Considerando o financiamento tripartite para as ações e os serviços de saúde, conforme o disposto na Portaria nº 698/GM, de 30 de março de 2006;

Considerando os parâmetros para a programação de ações de assistência à saúde a serem publicados pelo Ministério da Saúde em portaria específica;

Considerando a necessidade de acompanhamento dos Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) pelo Ministério da Saúde;

Considerando a necessidade de redefinição dos mecanismos de envio das atualizações das programações e dos respectivos limites financeiros de média e alta complexidade pelos Estados; e

Considerando a reformulação da Programação Pactuada e Integrada aprovada na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 27 de abril de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º Definir que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Parágrafo único. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

Art. 2º Definir que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde se oriente pelo Manual "Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde", a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Art. 3º Os objetivos gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde são:

- I - buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;
- II - orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;
- III - definir os limites financeiros federais para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios, compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências recebidas de outros municípios;
- IV - possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;
- V - fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;
- VI - contribuir na organização das redes de serviços de saúde; e
- VII - possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência e assegurar que estejam explicitados no “Termo Compromisso para Garantia de Acesso”, conforme Anexo I a esta Portaria.

§ 1º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, de que trata o inciso VII deste artigo, é o documento que, com base no processo de Programação Pactuada e Integrada, deve conter as metas físicas e orçamentárias das ações a serem ofertadas nos municípios de referência, que assumem o compromisso de atender aos encaminhamentos acordados entre os gestores para atendimento da população residente em outros municípios.

§ 2º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso entre municípios de uma mesma Unidade Federada deve ser aprovado na respectiva Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

§ 3º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso interestadual deve ser aprovado nas Comissões Intergestores Bipartite dos Estados envolvidos.

Art. 4º Os pressupostos gerais que deverão nortear a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência são os seguintes:

- I - integrar o processo geral de planejamento em saúde de cada Estado e município, de forma ascendente, coerente com os Planos de Saúde em cada esfera de gestão;
- II - orientar-se pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, como base para a definição das prioridades;
- III - ser coordenado pelo gestor estadual com seus métodos, processos e resultados aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite. (CIB), em cada unidade federada; e
- IV - estar em consonância com o processo de construção da regionalização.

Art. 5º Os eixos orientadores do processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência são os seguintes:

- I - Centralidade da Atenção Básica – a programação da assistência deve partir das ações básicas em saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade tecnológica, estabelecendo os patamares mínimos de demanda orientada pelos problemas e estratégias da atenção básica, não apenas na sua dimensão assistencial, como também na de promoção e prevenção;
- II - Conformação das Aberturas Programáticas:
 - a) a programação da atenção básica e da média complexidade ambulatorial deve partir de áreas estratégicas;
 - b) a programação das ações ambulatoriais que não estão organizadas por áreas estratégicas deve ser orientada pela estrutura da Tabela de Procedimentos, com flexibilidade no seu nível de agregação, permitindo, inclusive, a programação de procedimentos que não estão previstos na tabela;
 - c) a programação hospitalar deve ser orientada pelas clínicas de acordo com a distribuição de leitos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e
 - d) os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) devem ser programados de acordo com as aberturas programáticas definidas, bem como as ações executadas pelos serviços financiados por valores globais;

- III - Parâmetros para Programação de Ações de Saúde:
 - a) a programação das ações de atenção básica e média complexidade ambulatorial serão orientadas a partir de parâmetros de concentração e cobertura populacional, sugeridos pelo Ministério da Saúde, conforme portaria específica a ser publicada;
 - b) a programação das ações de alta complexidade dar-se-á, conforme parâmetros já definidos para a estruturação das redes de serviços de alta complexidade;
- IV - Integração das Programações – os agravos de relevância para a Vigilância em Saúde serão incorporados nas áreas estratégicas previstas na PPI da Assistência, considerando as metas traçadas anualmente na PPI da Vigilância em Saúde;
- V - Composição das Fontes de Recursos Financeiros a serem Programados - visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde; e
- VI - Processo de Programação e Relação Intergestores - definição das seguintes etapas no processo de programação:
 - a) Etapa Preliminar de Programação;
 - b) Programação Municipal;
 - c) Pactuação Regional; e
 - d) Consolidação da PPI Estadual.

§ 1º Estabelecer que, quando necessário, seja realizada a programação interestadual, com a participação dos Estados e dos municípios envolvidos, com mediação do gestor federal e aprovação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, mantendo consonância com o processo de construção da regionalização.

§ 2º Estabelecer que a programação de Estados, de municípios e do Distrito Federal esteja refletida na programação dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

§ 3º Dar flexibilidade aos gestores estaduais e municipais na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, respeitando as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

Art 6º A programação nas regiões de fronteiras internacionais deve respeitar o Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS Fronteiras), instituído pela Portaria nº 1.120/GM, de 6 de julho de 2005.

Art 7º Definir que a Programação Pactuada e Integrada seja realizada no mínimo a cada gestão estadual, respeitando as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite, e revisada periodicamente, sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário, de oferta de serviços, na tabela de procedimentos, nos limites financeiros, entre outras.

Parágrafo único. Estabelecer que no início da gestão municipal seja efetuada uma revisão da PPI estadual para face dos novos Planos Municipais de Saúde.

Art. 8º Estabelecer que, ao final do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência, a Secretaria de Estado da Saúde e do Distrito Federal encaminhe à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, a seguinte documentação acompanhada de ofício devidamente assinado pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB:

- I - cópia da resolução CIB que aprova a nova programação;
- II - quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade, conforme Anexo II a esta portaria, devidamente assinados pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB;
- III - quadro síntese dos critérios e parâmetros adotados; e
- IV - memória dos pactos municipais realizados com explicitação das metas físicas e financeiras.

§ 1º As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal podem dispor de instrumentos próprios de programação, respeitando os padrões estabelecidos por esta Portaria.

§ 2º Os incisos III e IV deste artigo podem ser substituídos pelo envio da base do sistema informatizado do Ministério da Saúde, para os Estados que optarem pela sua utilização.

Art 9º Determinar que alterações periódicas nos Limites Financeiros dos Recursos Assistenciais para Média e Alta Complexidade dos Esta-

dos, dos Municípios e do Distrito Federal, decorrentes de revisões na PPI, sejam aprovadas pelas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhadas à Secretaria de Atenção à Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde, e do Distrito Federal mediante ofício, devidamente assinado pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB, acompanhado da seguinte documentação:

- I - cópia da Resolução da CIB que altera o(s) limite(s) financeiro(s), justificando e explicitando os valores anuais do Estado e dos Municípios envolvidos; e
- II - quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade conforme o Anexo II a esta Portaria, devidamente assinados pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB.

Art 10º Os documentos discriminados nos incisos dos artigos 8º e 9º desta Portaria deverão ser postados à Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC)

Parágrafo único. Os quadros referentes ao Anexo II a esta Portaria também deverão ser encaminhados em meio magnético à Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, por meio do endereço eletrônico ppiassistencial@saude.gov.br, até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite financeiro MAC.

Art. 11º Definir com competência da Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, a conferência e a validação da documentação encaminhada pelos Estados e o Distrito Federal, bem como a devida orientação às Secretarias Estaduais quanto ao seu correto preenchimento.

Art. 12º Estabelecer que as alterações de limites financeiros, cumpridos os trâmites e prazos estabelecidos nesta Portaria, entrem em vigor a partir da competência subsequente ao envio da documentação pela CIB, por intermédio de portaria da Secretaria de Atenção à Saúde.

§ 1º Quando ocorrerem erros no preenchimento da documentação, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas deverá comunicar à CIB, viabilizando um prazo para regularização pela SES, não superior a cinco dias úteis, objetivando que a vigência da publicação não seja prejudicada.

§ 2º Não serão realizadas alterações de limites financeiros, com efeitos retroativos em relação ao prazo estabelecido no artigo 10, excetuando os casos excepcionais, devidamente justificados.

§ 3º Os casos excepcionais deverão ser enviados à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, com as devidas justificativas pela CIB Estadual e estarão condicionados à aprovação do Secretário de Atenção à Saúde, para posterior processamento pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.

§ 4º As mudanças operacionais/gerenciais, em relação aos limites financeiros, adotadas por Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde ou ainda por Comissões Intergestores Bipartite, antes da vigência da publicação de portaria da SAS/MS, serão de exclusiva responsabilidade do gestor do SUS que as adotar.

§ 5º Nas situações em que não houver acordo na Comissão Intergestores Bipartite, vale o disposto no regulamento do Pacto de Gestão, publicado pela Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006.

Art 13º Determinar que à Secretaria de Atenção à Saúde/MS adote as medidas necessárias à publicação de portaria com Parâmetros para Programação de Ações de Assistência à Saúde.

Art. 14º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação

Art. 15º Fica revogada a Portaria nº 1.020/GM, de 31 de maio de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 107, de 6 de junho de 2002, página 39, Seção 1, e a Portaria nº 04/SAS/MS, de 6 de janeiro de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 5-E, de 7 de janeiro de 2000, página 20, Seção 1.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

Anexo I da portaria

TERMO DE COMPROMISSO PARA GARANTIA DE ACESSO

O município de (nome do município de referência) , representado pelo Secretário Municipal de Saúde (nome do Secretário) , assume a garantia de acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde procedentes dos municípios XXXXX, WWWWW, YYYYY, ZZZZZZ, conforme a Programação Pactuada e Integrada , aprovada na reunião da Comissão Intergestores Bipartite - CIB realizada em ___/___/__. (anexar relatório das referências recebidas)

Local e data

(nome do gestor do município de referência)

(assinatura)

(nome do coordenador municipal da CIB)

(assinatura)

(nome do coordenador estadual da CIB)

(assinatura)

(nome do coordenador estadual/municipal da CIB do estado encaminhador - no caso de PPI Interestadual)

Anexo II da portaria – quadros de 1 a 9

QUADRO 02: PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES PROGRAMADOS NA SES (valores anuais)

Competência: _____ UF: _____

ESPECIFICAÇÃO	TOTAL PPI ASSISTENCIAL
Tratamento Fora do Domicílio Estadual	
Hemorrede	
Valores encaminhados a outras UFs	
Valores recebidos de outras UFs	
Outros.....(especificar)	
Total quadro 02	

OBS : total quadro 1 + total quadro 2 = total da UF

Os valores recebidos pelos estabelecimentos da Rede Sarah não estão contemplados nestes quadros

QUADRO 06: PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES A SEREM DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS PARA RETENÇÃO DOS RECURSOS PELO FNS E TRANSFERÊNCIA DIRETA ÀS UNIDADES PRESTADORAS UNIVERSITÁRIAS FEDERAIS (valores anuais)

Competência: _____ UF: _____

Gestão	IBGE	Municípios	Nome da Unidade	Código CNES	Nº do contrato	Data de Publicação do Extrato do Contrato	Valor ANUAL a ser retido no FNS e transferido diretamente a Unidade Prestadora
Gestão Municipal							
						subtotal 1ª parte do quadro 06	
Gestão Estadual							
						subtotal 2ª parte do quadro 06	

QUADRO 08: (totalizador) - PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE (valores anuais)

Competência: _____ UF: _____

ESPECIFICAÇÃO DOS RECURSOS	Origem do dado	Valor
(+) Limites referentes aos recursos programados na SES	Quadro 2	
(+) Valores a receber referentes a estabelecimentos sob gestão estadual	Quadro 5	
(+) Valores a receber referentes à TCEP com transferências diretas ao FES	Quadro 4	
(-) Valores a serem retidos pelo Fundo Nacional de Saúde e transferidos diretamente às unidades prestadoras universitárias federais	Quadro 6 - 2ª parte	
(+ ou -) Valores encaminhados ou recebidos de outras UFs	Quadro 2	
VALORES TRANSFERIDOS AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE		

QUADRO 09: (totalizador) - PPI ASSISTENCIAL - CONSOLIDADO DA PROGRAMAÇÃO (valores anuais)

Competência: _____ UF: _____

Especificação	Origem do dado	Valor
Total dos valores transferidos aos Fundos Municipais de Saúde	Quadro 7	
Total dos valores transferidos ao Fundo Estadual de Saúde	Quadro 8	
Total dos valores retidos do Fundo Nacional de Saúde	Quadro 6	
Total Geral da UF		

Anexo B

Parâmetros para subsidiar a programação de ações de saúde

Os parâmetros de concentração e cobertura dispostos neste documento foram propostos pelas áreas técnicas da Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Vigilância à Saúde, partindo de ações da atenção básica e buscando avançar para outros níveis de complexidade. Representam recomendações técnicas, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS, no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, e podem sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com as realidades epidemiológicas, estruturais e financeiras.

Os parâmetros para programação das ações da assistência à saúde, destinam-se a orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão do SUS, oferecendo subsídios para:

- a) Análise da necessidade da oferta de serviços assistenciais à população;
- b) Elaboração do Planejamento e da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. (PPI);
- c) Acompanhamento, Controle e Avaliação dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS.

Para sua elaboração, foram considerados, entre outros:

- a) Os consensos estabelecidos pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde;
- b) As séries históricas de produção de atendimento prestado aos usuários do SUS;
- d) A experiência de serviços de saúde;
- e) As contribuições recebidas através da Consulta Pública SAS/MS Nº 02, de 06 de julho de 2005.

Os parâmetros assistenciais, objeto deste estudo, compreendem:

- a) Parâmetros de Cobertura – são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido.
- b) Parâmetros de Concentração – são aqueles que projetam a quantidade de ações ou procedimentos necessários para uma população alvo. São expressos geralmente em quantidades per capita.

Abrangem as seguintes áreas:

- Saúde da criança;
- Saúde do adolescente;
- Saúde da mulher;
- Saúde do adulto;
- Saúde do idoso;
- Alimentação e nutrição;
- Saúde bucal;
- Saúde do trabalhador;
- Saúde da pessoa com deficiência;
- Saúde mental;
- Urgência;
- Tuberculose;
- Hanseníase;
- Hepatite;
- Meningite;
- Malária,
- DST/AIDS;

A metodologia utilizada para sua construção considerou as áreas estratégicas, subdivididas em áreas de atuação. Para cada área de atuação foram definidos: população alvo, prevalência ou incidência quando procedente, cobertura, ações propostas e suas respectivas necessidades estimadas (parâmetros de concentração expressos em ações per capita).

Este trabalho teve como objetivo apresentar aproximações, que possam ser criticadas e melhoradas continuamente, à medida que suscitem e induzam a avaliação das situações reais e a pesquisa científica aplicada.

Hanseníase

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
Nº casos novos paucibacilares	casos paucibacilares do ano anterior + 5%	
Nº casos novos multibacilares	casos multibacilares do ano anterior + 5%	
Nº casos novos estimado	casos novos paucibacilares + casos novos multibacilares	
Proporção abandono em paucibacilares do ano anterior	até 10% dos paucibacilares do ano anterior	
Proporção abandono em multibacilares do ano anterior	até 10% dos multibacilares do ano anterior	
Nº casos paucibacilares estimado total	novos paucibacilares + abandono do ano anterior	
Nº casos multibacilares estimado total	novos multibacilares + abandono do ano anterior	
Nº total de casos	total paucibacilares+total multibacilares	
Proporção de intercorrências/reações	30% dos casos	
Ações		
Consulta/atendimento de urgência	1 consulta ou atend de urgencia para 10% dos casos com intercorrências/ano	
Cons. Médica para pacientes paucibacilares	2 consultas/caso/ano	
Cons.Enferm./pac. paucibacilares	4 consultas/caso/ano	
Visita Domiciliar ACS para pacientees paucibacilares	6 v.d./caso/ano	
Coleta de linfa p/ pesq. <i>Micobacterium leprae</i>	1 coleta/caso novo/ano	
Baciloscopia de BARR	1 por coleta	
Cons.Médica para pacientes multibacilares	3 consultas/caso/ano	

Cons.Enferm. para pacientes multibacilares	9 consultas/caso/ano	
Visita Domiciliar ACS para pacientes multibacilares	12 v.d./caso/ano	
Adm. poliquimioterápico para pacientes paucibacilares	6 doses/caso/ano	
Adm.poliquimioterápico para pacientes multibacilares	12 doses/caso/ano	
Nº comunicantes estimado	4 comunicantes/caso	
Cons.Méd. p/ aval. de contatos	1 cons.comunicante	
Cons. Enferm. p/ aval. de contatos	4 cons.comunicante	
Vacinação BCG em contatos	2 doses/comunicantes/ano	se houver cicatriz vacinal basta uma dose
Curativos, debridamentos	1 curativo para 15% dos casos/ano	
Atend. Enferm. nível. medio para pacientes paucibacilares	6 atend/caso/ano	
Atend. Enferm. nível. medio para pacientes multibacilares	12 atend/caso/ano	
Atend. Prevenção incapacidade para pacientes multibacilares	12 atendimentos/caso/ano	Pode ser atendimento de enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem, ou outro, conforme realidade local
Atend. Prevenção incapacidade para pacientes paucibacilares	6 atendimentos/caso/ano	

Hepatites

1. HEPATITE B

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo a ser testada	17 a cada 1000 habitantes	Para a definição deste parâmetro foi considerada a capacidade instalada do SUS para realização de triagem sorológica. Foi utilizado o parâmetro da PPI - VS do Programa Nacional de DST/AIDS (realização de pelo menos 17 testes de HIV em cada 1000 pessoas)
Prevalência de Contato com HBV (I)	Número estimado de pessoas com contato prévio com HBV -60% da população geral para estados/municípios da região norte e 6% para estados/municípios das demais regiões	
Prevalência de portadores após contato com vírus (II)	10% de I	
Prevalência de infecção passada (III)	90% de I	
Exames laboratoriais		
HBsAg	quantitativo I	Realizado no total da população a ser testada, dentro da capacidade instalada de serviços
Anti-HBc	quantitativo I	Realizado no total da população a ser testada, dentro da capacidade instalada de serviços

Anti HBs	55% das pessoas a serem testadas nos estados e municípios da região Norte e 5% das pessoas a serem testadas nos municípios das demais regiões, isto é 55% do quantitativo I para reg. Norte e 5% do quantitativo I das demais regiões.	Realizado em todos os indivíduos com perfil Anti-HBc reagente e HBsAg não reagente, para separar o total de indivíduos imunes (anti-HBc e anti-HBs reagentes)
Anti HBc IgM	quantitativo II	Realizado em todos os portadores do vírus; utilizou-se o dado de prevalência de infectados
(a)HBeAg	quantitativo II	Realizado em 100% dos casos HBsAg positivos, para verificar a replicação viral
Anti- Hbe	50% do quantitativo II	Pela história natural da doença, em média 50% HBeAg são negativos e nestes é realizado o anti-HBe.
Biópsia	30% do quantitativo II	Em 30% dos pacientes com hepatite necessitariam de biópsia hepática.
Exame Anátomo Patológico	30% do quantitativo II	Realiza-se exame anátomo-patológico na mesma quantidade de biópsia hepática realizada.
HBV-DNA	50% do quantitativo II	HBV-DNA utilizado quando há indícios de replicação viral, mesmo com HBeAg não reagente com suspeita de desenvolvimento de cepa mutante do vírus mediante pressão imunológica (pré-core) ou no curso de terapia anti-viral (YMDD). O DNA viral diferenciará: inatividade ou replicação.

Tratamento		
Hepatite B para HBeAg positivos	50% do total de HBeAg realizados	40% INF convencional (16 a 24 semanas 5.000.000 UI ou 10.000.000 UI); 40% Entecavir (1 comprimido/dia/1 ano); 10% com lamivudina (1 comprimido/dia/1 ano); 10% com adefovir dipivoxil (1 comprimido/dia/1ano)
Hepatite B para HBeAg negativo	Nesta situação, faz-se tratamento nos mutantes pré-core. Estima-se que 50% do total de HBeAg realizados são HBeAg negativos. Destes, 30% tem replicação ativa e destes 70% tem Alt alterada. Dos que tem Alt alterada 50% são mutantes pré-core.	25% INF peguilado (1 ampola/semana/48 sem); 50% com Entecavir (1 comprimido/dia/1 ano); 25% adefovir dipivoxil (1 comprimido/dia/1ano)

2. HEPATITE C

Ações/População alvo	Parâmetro - % da população	Observações
População alvo - pessoas a serem tratadas (A)	<p>São pessoas que apresentam Anti-HCV reagente, PCR qualitativo positivo e biópsia com atividade moderada a grave. O cálculo refere-se ao incremento de 100% do número de pessoas que receberam tratamento em 2005. O número total de pessoas tratadas é a soma de pessoas que utilizaram INF Peguilado mais o número de pessoas que utilizaram INF convencional, multiplicando por 2 para atingir o incremento desejado. Para obter-se o número base de tratamentos realizados com Interferon, utiliza-se dados do SIA/SUS que oferece o número total de APACs (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade) de Interferon Peguilado (3628105) e de Interferon Convencional (3628102) por UF. Na tabulação deve-se selecionar também o CID B182 (hepatite c). A estimativa do número de pacientes tratados será obtida dividindo-se o número de APACs por 12.</p>	

Pessoas a serem tratadas com Genótipo 1 (A1)	70% de (A)	A estimativa de percentagem de genótipo 1 do VHC na população brasileira é de 70%.
Pessoas a serem tratadas com Genótipo 2 e 3 (A23)	30% de (A)	A prevalência de genótipo 2 e 3 do VHC na população brasileira é de 30%.
Pessoas com anti-HCV positivo e HCV RNA detectável (B)	$A = 30\% B$ (equivalente a $B = A * 3,33$)	Do total de pessoas com anti-HCV positivo e HCV RNA detectável, 30% tem atividade inflamatória moderada/ grave, identificada na biópsia hepática (indicando necessidade de tratamento).
Pessoas que entraram em contato com o vírus (C)	$B = 80\% C$ (equivalente a $C = B * 1,25$)	Do total de pessoas que se infectam (C), 80% não eliminam o vírus e tornam-se portadores crônicos (B) ; apenas 20% eliminam o vírus.
Exame Sorológico		
Anti-HCV	Para a definição deste parâmetros foi considerada a capacidade instalada do SUS para a realização de triagem sorológica. Foi utilizado parâmetro da PPI-VS do Programa Nacional de DST/AIDS (realização de pelo menos 17 testes de HIV em cada 1.000 pessoas).	Este exame é feito inicialmente para triagem.

Exames de biologia molecular

<p>PCR qualitativo</p>	<p>C + 2x (75% A1) + 2x A23 + A</p>	<p>Para os pacientes com genótipo 1 serão feitos três PCR qualitativos, sendo o primeiro para a elucidação diagnóstica, o segundo ao término do tratamento e o terceiro após 6 meses deste término, para verificar resposta virológica sustentada (RVS). Cerca de 75 % destes seguem o tratamento até o final, pois apresentam resposta virológica precoce na 12^o semanas. [= 2 x (75% valor A1)]. Para os pacientes com genótipo 2 e 3 serão feitos três PCR qualitativos, sendo o primeiro para elucidação diagnóstica, o segundo ao término do tratamento e terceiro após 6 meses do término, para verificar RVS. (=2 x valor A23). Para proceder a genotipagem pelo método Innolipa é necessário amplificação do material, feito através do método PCR. Portanto para cada genotipagem a ser realizada, tem que ser contabilizado mais um PCR qualitativo.</p>
<p>PCR quantitativo</p>	<p>2 x A1</p>	<p>Este exame é realizado para todos os portadores do genótipo 1 em dois momentos, no início, tempo zero e na 12^o semana de tratamento, para verificação de resposta virológica precoce. Caso não haja negatificação do vírus ou queda de 2 log na carga viral, o tratamento deve ser interrompido, pois o valor preditivo negativo, ou seja, a probabilidade de não haver resposta no 12^o mês, caso o tratamento fosse continuado, é de quase 100%.</p>

Genotipagem	valor A	Este exame indica o tratamento mais adequado dependendo do genótipo do vírus infectante. A genotipagem é feita nos pacientes que irão receber o tratamento.
Biópsia	valor = B	A biópsia é feita nos pacientes com anti-HCV reagente e HCV-RNA detectável para estadiamento do tecido hepático. Parte das biópsias são realizadas em ambiente hospitalar
Exame Histopatológico	valor = B	A cada lâmina faz-se o exame anátomo-patológico.
Tratamento		
Interferon peguilado +ribavirina	valor = A1	Este tratamento é indicado para os pacientes portadores do genótipo 1 com indicação de tratamento. Para 75% dos pacientes com genótipo 1, o tratamento dura 1 ano, pois estes apresentam resposta virológica precoce na 12ª semana. Para os outros 25%, que não negativam o vírus ou apresentam queda de 2 log na carga viral, o tratamento é interrompido após 12 semanas do início.
Interferon convencional + ribavirina	valor = A23	Este tratamento é indicado para os pacientes portadores dos genótipos 2 e 3 com indicação de tratamento e durante 6 meses.

Malária

Ações/População alvo	Parâmetro % da população	Observações
População alvo para o Programa Nacional de Controle da Malária	100% da população da Amazônia Legal	
Cobertura	100% da população alvo	
Exame laboratorial para malária	1 exame para 8% da população coberta/ano	
Tratamento de malária (exames positivos)	20% do total dos exames laboratoriais	
Realização de lâminas de verificação de cura	12% do total dos exames laboratoriais positivos	
Acompanhamento do tratamento pelos agentes do PACS/PSF	pelo menos 1 visita para 12% das pessoas com exames positivos/ano	

A área técnica estima que 2,5% dos exames positivos resultarão em internações

Meningite

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
Número de casos previstos	Média dos casos novos dos últimos quatro anos	
Cobertura	90% dos casos previstos	
Ações ambulatoriais para o diagnóstico laboratorial		
punção lombar	1 punção lombar por caso suspeito/ano	
bioquímica do líquido	1 exame por caso suspeito/ano	Estes exames não constam no rol de procedimentos específicos para líquido mas devem ser referidos conforme as dosagens bioquímicas realizadas em soro : glicose, proteínas, cloretos.
contagem específica de células do líquido	1 exame por caso suspeito/ano	
contagem global de células do líquido	1 exame por caso suspeito/ano	
bacterioscopia do líquido	1 exame por caso suspeito/ano	
cultura para germes (líquor)	1 exame por caso suspeito/ano	
látex do líquido (H. influenzae, S. pneumoniae, N. meningit.A,B e C)	1 exame por caso suspeito/ano	
Caractéres físicos do líquido	1 exame por caso suspeito/ano	
punção venosa		
hemograma	1 exame por caso suspeito/ano	
hemocultura	1 exame por caso suspeito/ano	

Para a cultura do líquido e hemocultura o material deverá ser semeado no momento da punção e encaminhado ao laboratório do município pólo ou ao LACEN (Laboratório Central de Saúde Pública do Estado).

Todos os profissionais de saúde de unidades de saúde públicas e privadas e de laboratórios públicos e privados são responsáveis pela notificação. O funcionamento de Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE) nos hospitais é fundamental para a busca ativa.

Saúde bucal

1. Ações coletivas

Ações/População alvo	Parâmetros% da população	Observações/memória de cálculo
População Alvo	População Geral	Cada município deve estabelecer quais grupos terão prioridade.
Cobertura	25% pop geral	Equivale a aproximadamente 80% do total populacional pertencente a grupos prioritários como: faixa etária 0 a 14 anos, portadores de deficiências, tuberculose, hanseníase, epilepsia, diabetes, doença de chagas e gestantes, população penitenciária, população com AIDS, portadores de hepatites virais
Ações coletivas preventivas-educativas	9 proc/ pop coberta/ano	Códigos SIA/SUS: 03.011.02-0, 03.011.03-8, 03.011.04-6 e Códigos SIA/SUS: 01.023.01-2, 01.023.03-9, 04.011.02-3 e 04.011.03-1 somente quando registrados pelas atividades profissionais 30 e 75 (Portaria SAS/MS, nº 95 de 14 de fevereiro de 2006).

2. Procedimentos individuais

Ações/População alvo	Parâmetros% da população	Observações/memória de cálculo
2.1 População Geral		
População Alvo	população geral	
Cobertura para 1ª consulta odontológica	30% da população alvo	Percentual aproximado de cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família
1ª Consulta odontológica programática	1 proced./pop coberta /ano	

2.2 População de 0 a 14 anos

População Alvo	população de 0 a 14 anos	
Cobertura para procedimentos curativos individuais da atenção básica	40% da população alvo	Parâmetro mais próximo da realidade atual da oferta de serviços odontológicos públicos no Brasil
Procedimentos curativos individuais da atenção básica	2,0 a 2,5 proced./pop coberta/ano	Estimativa média*** de necessidade de tratamento de cárie, nas faixas etárias de 18 a 36 meses, 5 anos e 12 anos, segundo os dados do SB Brasil
Cobertura para endodontia	a ser definida pelo gestor estadual/municipal	Considerando que a expansão de atendimentos especializados em endodontia ainda está em fase de desenvolvimento, fica a critério de cada gestor a definição da cobertura, com base na capacidade instalada local. Estima-se que para 2006 a cobertura nacional para endodontia para esta faixa etária está em torno de 6%.
Procedimentos de endodontia	0,1 proced./pop. coberta/ano	Estimativa de necessidade de tratamento endodôntico na faixa etária de 0 a 14 anos segundo os dados do SB Brasil

2.3 População de 15 a 29 anos

População Alvo	População de 15 a 29 anos	
Cobertura para procedimentos curativos individuais da atenção básica	30% da população alvo	Parâmetro mais próximo da realidade atual da oferta de serviços odontológicos públicos no Brasil
Procedimentos curativos individuais da atenção básica	2,9 a 4,9 proced./pop coberta./ano	Estimativa de necessidade de tratamento de cárie e periodontia - sangramento e cálculo, na população de 15 a 19 anos

Cobertura para periodontia	a ser definida pelo gestor estadual/municipal	Considerando que a implementação de serviços especializados está em fase de desenvolvimento, fica a critério de cada gestor a definição da cobertura, com base na capacidade instalada local. Estima-se que para 2006 a cobertura nacional para periodontia para esta faixa etária está em torno de 1%.
Procedimentos de Periodontia	0,15 proced/pop coberta/ano	Estimativa de necessidade de tratamento bolsa de 6 mm ou +
Cobertura para Cirurgia	50% da população alvo	Percentual factível de uma forma geral no Brasil para a especialidade de acordo com dados dos sistemas de informação, bem como projeção do incremento de serviços especializados em 2006
Procedimentos de Cirurgia	0,0139 proced/pop coberta/ano	Estimativa da capacidade de produção dos novos CEO's a serem implantados em 2006, aliada a produção de 2005, voltada para as faixas etárias a partir de 15 anos
Cobertura para endontia	a ser definida pelo gestor estadual/municipal	Considerando que a expansão de atendimentos especializados em endodontia ainda está em fase de desenvolvimento, fica a critério de cada gestor a definição da cobertura, com base na capacidade instalada local. Estima-se que para 2006 a cobertura nacional para endodontia para esta faixa etária está em torno de 6%.
Procedimentos de endodontia	0,18 proced./pop coberta/ano	Estimativa de necessidade de tratamento endodôntico na faixa etária de 15 a 19 anos segundo os dados do SB Brasil, considerando capacidade instalada no Brasil
Cobertura para prótese	25% da população alvo	Valor aproximado da estimativa de necessidade de prótese nesta faixa-etária, a partir dos dados do SB Brasil
Procedimentos de prótese	0,0038 proced/pop coberta/ano	Estimativa da capacidade de produção dos LRPD's, aliada a produção de 2005 (média de procedimento por pessoa incluindo as faixas etárias a partir de 15 anos)

2.4 Faixa etária 30 a 59 anos

População alvo	população de 30 a 59 anos	
Cobertura para procedimentos curativos individuais da atenção básica	30% da população alvo	Parâmetro mais próximo da realidade atual da oferta de serviços odontológicos públicos no Brasil
Procedimentos curativos individuais da atenção básica	2,8 a 4,8 proced./pop coberta./ano	Estimativa de necessidade de tratamento de cárie e periodontia - sangramento e cálculo, pop. 35 a 44 anos
Cobertura para periodontia	a ser definida pelo gestor estadual/municipal	Considerando que a implementação de serviços especializados ainda está em desenvolvimento, fica a critério de cada gestor a definição da cobertura, com base na capacidade instalada local. Estima-se que para 2006 a cobertura nacional para periodontia para esta faixa etária está em torno de 1%.
Procedimentos de periodontia	2,12 proced/pop coberta/ano	Estimativa de necessidade de tratamento bolsa de 6 mm ou +, na população de 35 a 44 anos
Cobertura para endodontia	a ser definida pelo gestor estadual/municipal	Considerando que a expansão de atendimentos especializados em endodontia ainda está em desenvolvimento, fica a critério de cada gestor a definição da cobertura, com base na capacidade instalada local. Estima-se que para 2006 a cobertura nacional para endodontia para esta faixa etária está em torno de 6%.
Procedimentos de endodontia	0,12 proced./pop coberta./ano	Estimativa de necessidade de tratamento endodôntico na faixa etária de 35 a 44 anos segundo os dados do SB Brasil, considerando capacidade instalada no Brasil
Cobertura para cirurgia	50% da população alvo	Percentual factível de uma forma geral no Brasil para a especialidade de acordo com dados dos sistemas de informação, bem como projeção do incremento de serviços especializados em 2006

Procedimentos de cirurgia	0,0139 proced/pop coberta/ano	Estimativa da capacidade de produção dos novos CEO's a serem implantados em 2006, aliada a produção de 2005, voltada para as faixas etárias a partir de 15 anos
Cobertura para prótese	70% da pop coberta	Valor aproximado da estimativa de necessidade de prótese nesta faixa-etária, a partir dos dados do SB Brasil
Procedimentos de prótese	0,0038 proced/pop coberta/ano	Estimativa da capacidade de produção dos LRPD's, aliada a produção de 2005 (média de procedimento por pessoa incluindo as faixas etárias a partir de 15 anos)

2.5 Faixa etária 60 e mais

População alvo	população de 60 anos e mais	
Cobertura para procedimentos curativos individuais da atenção básica	30%	Parâmetro mais próximo da realidade atual da oferta de serviços odontológicos públicos no Brasil
Procedimentos curativos individuais da atenção básica	1,4 a 1,7 proced./pop coberta./ano	Estimativa de necessidade de tratamento de cárie e periodontia - sangramento e cálculo, pop. 65 a 74 anos
Cobertura para periodontia	a ser definida pelo gestor estadual/municipal	Considerando que a implementação de serviços especializados está em fase de desenvolvimento, fica a critério de cada gestor a definição da cobertura, com base na capacidade instalada local. Estima-se que para 2006 a cobertura nacional para periodontia para esta faixa etária está em torno de 1%.
Procedimentos de periodontia	1,85 proced/pop coberta/ano	Estimativa de necessidade de tratamento bolsa de 6 mm ou +, na população de 65 a 74 anos

Cobertura para cirurgia	50% da população alvo	Percentual factível de uma forma geral no Brasil para a especialidade de acordo com dados dos sistemas de informação, bem como projeção do incremento de serviços especializados em 2006
Procedimentos de cirurgia	0,0139 proced/pop coberta/ano	Estimativa da capacidade de produção dos novos CEO's a serem implantados em 2006, aliada a produção de 2005, voltada para as faixas etárias a partir de 15 anos
Cobertura para prótese	56% da população alvo	Valor aproximado da estimativa de necessidade de prótese nesta faixa-etária, a partir dos dados do SB Brasil
Procedimentos de prótese	0,0038 proced/pop coberta/ano	Estimativa da capacidade de produção dos LRPD's, aliada a produção de 2005 (média de procedimento por pessoa incluindo as faixas etárias a partir de 15 anos)

*** A média foi calculada sem a devida atribuição de pesos necessários para cada faixa etária

A área técnica recomenda que as ações especializadas de periodontia sejam priorizadas a grupos de risco: diabéticos, cardiopatas, gestantes, portadores de tuberculose e hanseníase.

Saúde da criança

1. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	número de crianças menores de um ano	
Cobertura	A ser definida pelo gestor estadual/municipal	
Visita domiciliar ao recém nascidos na primeira semana	1 v.d./RN/ano	
a) RN c/ peso \geq 2.500g	92% da população alvo (RN)	
Cons.médica	3 cons/pop coberta/ano	
Cons.enfermagem	4 cons/pop coberta/ano	
b) RN c/ peso $<$ 2.500g	8% da população alvo (RN)	
Cons.médica	7 cons/pop coberta/ano	
Cons.enfermagem	6 cons/pop coberta/ano	
População alvo	Crianças com idade maior ou igual a 1 ano e menor que 2 anos	
Cobertura	A ser definida pelo gestor estadual/municipal	
Cons.médica	1 cons/pop coberta/ano	
Cons.enfermagem	2 cons/pop coberta/ano	
População alvo	Crianças com idade maior ou igual a 2 anos e menor que 10 anos	
Cobertura	A ser definida pelo gestor estadual/municipal	
Cons.médica	1 cons/pop coberta/ano	
Atividades educativas		
Atividade educativa em grupo na unidade para mães de cç menores de 1 ano	2 a.e./pop coberta/ano	

Atividade educativa em grupo na unidade para mães de cç de 1 a 12anos	1 a.e./pop coberta/ano	
Atividade educativa em grupo na comunidade	1 a.e. para 50% da pop alvo	
2. ASSISTÊNCIA ÀS DOENÇAS PREVENÍVEIS NA INFÂNCIA		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	Crianças menores de 5 anos	
Cobertura	A ser definida pelo gestor estadual/municipal	
2.1 AFECÇÕES RESPIRATÓRIAS	40% da população menor de 5 anos	
Infecção Respiratória (s/ complicação)	70% dos casos	
Cons. enferm. p/ Infec. Resp.(s/complicação)	1 consulta/caso/ano	
Infecção Respiratória (com complicação)	20% dos casos	
Cons. médicas p/ Infec. Resp.(c/ complic.)	1 consulta/caso/ano	
Cons. Enf.p/ Infec. Resp.(c/ complic)	1 consulta/caso/ano	
Adm. de Medicamento	1 proced/caso/ano	
Visita domiciliar do ACS	1 v. d. /caso/ano	
Infecção Respiratória grave	10% dos casos	
Cons.Atend.Urgência em Clínica Básica	1 consulta/caso/ano	
Cons. Enf. (de retorno)	1 consulta/caso/ano	
Adm. de Medicamento	1 proced/caso/ano	
Visita domiciliar do ACS	1 visita /caso/ano	
Encaminhamentos	80% dos casos graves	
Inalação/Nebulização (para sibilância)	2 procedimentos para 10% das cç<5 anos/ano	

2.2 ASMA	10 a 20 % da população menor de 5 anos	
Asma leve (60 % dos casos) ou moderada (30% dos casos)	90% dos casos	
Atividade educativa	1 a.e./caso/ano	
Cons.Méd.	1 consulta/caso/ano	
Cons.Enf.	1 consulta/caso/ano	
Adm. Medicamento	1 proced/caso/ano	
Nebulização/Inalação	2 proced/caso/ano	
Asma grave	10% dos casos	
Atividade educativa	2 a.e./caso/ano	
Cons Méd.	1 consulta/caso/ano	
Cons.Enf.	1 consulta/caso/ano	
Adm.Medicamentos	2 proced/caso/ano	
Nebulização / Inalação	2 proced/caso/ano	
Encaminhamentos	Ausência de melhora após tratamento	
2.3 DIARRÉIA	2,5 eventos/cç menor de 5 anos/ano	
Crianças que recebem atendimento na UBS	30% dos casos	
Diarréia sem desidratação	75% dos casos	
Cons. enferm. p/ diarréia s/ desidratação	1 consulta/caso/ano	
visita domiciliar do ACS	1 v. d. /caso/ano	
Diarréia com desidratação leve	20% dos casos	
Cons. enferm. p/ diarréia c/ desidratação leve	1 consulta/caso/ano	
Cons. méd. p/ diarréia c/desidratação leve	1 consulta/caso/ano	
visita domiciliar do ACS	1 v. d. /caso/ano	
Terapia de reidratação oral na UBS	1 proced/caso/ano	

Diarréias graves	5% dos casos	
Encaminhamento para internação	100% dos casos graves	
Consulta médica de acomp pós internação	1 consulta/caso/ano	
Consulta enfermeiro de acomp pós internação	1 consulta/caso/ano	
Visitas domiciliares de acomp pós internação	2 v.d./caso/ ano	
Visitas domic. p/ < de 5 anos	12 v.d./criança/ano	
3. SAÚDE OCULAR		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	50% das crianças de 4 anos e 50% das das crianças de 7 anos	
Cobertura	A ser definida pelo gestor estadual/municipal	
Atendimento de nível médio para triagem visual	1 atend/ população coberta/ ano	
Consulta de oftalmologia	1 consulta para 20% das crianças triadas/ano	
Dispensação de óculos	1 par de óculos para 10% das crianças triadas/ano	

4. TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

População alvo	Recém nascidos e lactentes com indicador de risco para deficiência auditiva :10% dos recém natos	O Ministério da Saúde recomenda a implantação da triagem auditiva neonatal(TAN), prioritariamente para neotatos (até 28 dias de vida) e lactentes (29 dias a 2 anos) com risco para deficiência auditiva, devendo se estender gradativamente para outros recém-nascidos, até se tornar um procedimento universal, na medida em que as condições de continuidade da investigação e da terapêutica para todas as crianças estejam garantidas, pelos gestores municipais/estaduais, nas Redes Estaduais de Serviços de Atenção à Saúde Auditiva.
Cobertura	a ser definida pelo gestor estadual/municipal	

Triagem da audição		
Exame de otoemissões acústicas evocadas transientes; exame de otoemissões acústicas evocadas por produto de distorção; pesquisa de potenciais auditivos de tronco cerebral	2 exames por recém nato de risco: um exame de otoemissões acústicas e um exame de pesquisa de potenciais auditivos de tronco cerebral	Para a triagem auditiva neonatal, os procedimentos que são válidos por terem alta sensibilidade e especificidade são as medidas eletrofisiológicas da audição: Potencial Evocado Auditivo do Tronco Cerebral (PEATE) e Emissões Otoacústicas (EOAs). A primeira avaliação sempre deve ser realizada com pelo menos uma dessas medidas eletrofisiológicas. O PEATE é o ideal para recém-nascidos com maior risco para deficiência auditiva, pois estas crianças podem ter Neuropatia Auditiva com maior prevalência, patologia esta não identificada apenas com o exame de EOA. Para triagem auditiva neonatal de recém nascidos sem indicadores de risco para deficiência auditiva pode ser realizado apenas o exame de emissões otoacústicas. Neste caso são realizados dois exames, o primeiro para toda a população alvo e o segundo apenas para aqueles que falharem no primeiro. O percentual de repetições pode chegar a 25%.

Triagem Auditiva em Recem Nascidos (neonatos e lactentes)

Para que não se percam os recém-nascidos a triagem auditiva deve ser realizada no momento da alta hospitalar. Caso não existam profissionais ou equipamentos disponíveis os recém nascidos devem ser encaminhados, o mais breve possível, em Serviço de Atenção à Saúde Auditiva ou um Serviço de Audiologia/Otologia que tenha equipamentos e profissionais para a realização da triagem.

Os recém-nascidos devem ser acompanhados até o segundo ano de vida, para monitoramento da audição, pois podem ter perdas progressivas ou de início tardio. Sugere-se a utilização da Caderneta da Criança para as anotações sobre a triagem e retornos para monitoramento da audição e na primeira vacina devem ser identificados aqueles recém-nascidos de risco que não realizaram a triagem auditiva e encaminhá-los para a testagem.

Sempre que não estiver apresentando respostas adequadas, a criança deve passar em consulta pediátrica para verificar alterações de ouvido médio e atraso no desenvolvimento neuro-psico-motor. Caso necessário, encaminhar para diagnóstico com médico Otorrinolaringologista, Neurologista e Audiologia em Serviço de Saúde Auditiva.

INDICADORES DE RISCO PARA A DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Joint Committee on Infant Hearing, 1994

Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância, 2000

NEONATOS (até 28 dias de vida)

1. Permanência em unidade de terapia neonatal por mais de 48 horas.
2. Peso ao nascimento inferior a 1500 g.
3. Sinais ou síndromes associados à deficiência auditiva condutiva ou neurossensorial.
4. Antecedentes familiares de perda auditiva neurossensorial.
5. Malformações crânio faciais (anomalias de canal auditivo e pavilhão auricular)
6. Infecções congênitas: rubéola, sífilis, citomegalovírus, herpes e toxoplasmose.
7. Meningite bacteriana.
8. Medicação ototóxica (aminoglicosídeos, agentes quimioterápicos) por mais de 5 dias.
9. Hiperbilirrubinemia
10. Ventilação mecânica por período mínimo de 5 dias.

LACTENTES (29 dias a 2 anos)

1. Todos os anteriores.
 2. Suspeita dos familiares de atraso de desenvolvimento de fala, linguagem e audição.
 3. Traumatismo craniano.
 4. Otite média recorrente ou persistente por mais de 3 meses.
 5. Distúrbios neurodegenerativos ou neuropatias sensoriomotoras.
-

Saúde do adulto

1. DIABETES MELLITUS

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	População maior de 30 anos	
Prevalência	7,6% pop alvo	
Cobertura	50% dos diabéticos	possuem diagnóstico
Atendimento em UBS	65% da população coberta	65% é o estimado para cobertura na atenção básica, conforme estudo realizado em Porto Alegre
Cons. Médica	4 cons/pac./ano	
Cons. Enfermagem	6 cons/pac./ano	O exame do pé deve fazer parte desta consulta
Ativ. Educativas Unid.(15 pessoas por grupo)	6 a.e./pac/ano	
ECG	1 ECG/pac/ano	
Visita domiciliar ACS	12v.d./pac./ano	
Glicemia capilar na unid.	12/ exames/pac/ano	Realizadas durante consultas médicas, atividades de enfermagem ou reuniões educativas
Glicemia em jejum	4 exames/pac/ano	
Hemoglobina glicolisada	4 exames/pac/ano	
Colesterol total	1 exame/pac/ano	
HDL	1 exame/pac/ano	
Triglicerídeos	1 exame/pac/ano	
Creatinina	1 exame/pac/ano	
Ácido úrico	1 exame/pac/ano	
Pesquisa de elementos anormais e sedimento na urina (EAS)	1 exame/pac/ano	
Microalbuminúria	1 exame/pac/ano	
Fundoscopia	1 exame/pac/ano	
Curativo c/ debrid. em pé diabético	0,01 curativo/ pac/ ano	
Curativo simples	5 curativos/ pac/ ano	

Consulta de Nutrição	4 cons/ pac/ ano	
Atendimento de segundo nível	30% da população atendida em unidade básica	
Cons. Médica Especializada	4 cons/pac./ano	
Cons. Enfermagem	6 cons/pac./ano	O exame do pé deve fazer parte desta consulta
ECG	1 ECG/pac/ano	Já programados no atendimento em UBS
Glicemia capilar na unid.	12 exames/pac/ ano	
Glicemia em jejum	4 exames/pac/ ano	
Hemoglobina glicolisada	4 exames/pac/ ano	
Colesterol total	1 exame/pac/ ano	
HDL	1 exame/pac/ ano	
Triglicerídeos	1 exame/pac/ ano	
Creatinina	1 exame/pac/ ano	
Ácido úrico	1 exame/pac/ ano	
Pesquisa de elementos anormais e sedimento na urina (EAS)	1 exame/pac/ ano	
Microalbuminuria	1 exame/pac/ ano	
Fundoscopia	1 exame/pac/ ano	
Curativo c/ debrid. em pé diabético	0,01curativo/pac/ano	
Curativo simples	5 curativos/pac/ano	
Consulta de Nutrição	4 cons/pac./ano	
Atendimento em psicologia	2 atend/pac./ano	
Atendimento em assistência social	4 atend/pac./ano	
Clearance de creatinina	1 exame/pac/ ano	
Proteinuria 24 anos	1 exame/pac/ ano	
Monitorização ambulatorial de PA	1 exame/pac/ ano	
RX PA e perfil	1 exame/pac/ ano	
Atividade educativa de assistência especializada	1 a.e./pac/ ano	

Teste ergométrico	1 exame/pac/ ano	
Assistência domiciliar	1 proced/pac/ano	
Atendimento ambulatorial com observação até 6 horas	1 atend/pac/ano	
Mapeamento de retina	1 exame/pac/ ano	
2. HIPERTENSÃO		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	População maior de 30 anos	
Prevalencia de HAS	22% da população alvo	
Cobertura	50%	possuem diagnóstico
Atendimento em UBS	80% da população coberta	80% é o estimado para cobertura na atenção básica, conforme estudo realizado em Porto Alegre
Cons. Médica	2 cons/pac/ano	
Consulta Enfermagem	6 cons/pac/ano	
Ativ. Educ. Unid. (15/ grupo)	6 a.e./pac/ano	
Visita domiciliar ACS	12 v.d./pac./ano	
ECG	2 exames/pac/ano	
Glicemia em jejum	4 exames/pac/ano	
Colesterol total	1 exame/pac/ano	
HDL	1 exame/pac/ano	
Triglicerídeos	1 exame/pac/ano	
Creatinina	1 exame/pac/ano	
Ácido Úrico	1 exame/pac/ano	
Pesquisa de elementos anormais e sedimento na urina (EAS)	1 exame/pac/ano	
Microalbuminúria	1 exame/pac/ano	
Potássio	1 exame/pac/ano	
Fundoscopia	1 exame/pac/ano	
Consulta de Nutrição	2 consultas/pac/ano	
Atendimento de segundo nível	25% da população atendida em unidade básica	

Cons. Médica Especializada	2 cons/pac/ano	
Consulta Enfermagem	6 cons/pac/ano	
ECG	2 ECG/pac/ano	Já programados no atendimento em UBS
Glicemia em jejum	4 exames/pac/ano	
Colesterol total	1 exame/pac/ano	
HDL	1 exame/pac/ano	
Triglicerídeos	1 exame/pac/ano	
Creatinina	1 exame/pac/ano	
Ácido Úrico	1 exame/pac/ano	
Pesquisa de elementos anormais e sedimento na urina (EAS)	1 exame/pac/ano	
Microalbuminúria	1 exame/pac/ano	
Potássio	1 exame/pac/ano	
Fundoscopia	1 exame/pac/ano	
Consulta de Nutrição	2 consultas/pac/ano	
Clearance de creatinina	1 exame/pac/ano	
Proteinúria 24 anos	1 exame/pac/ano	
Ecocardiograma	1 exame/pac/ano	
TSH	1 exame/pac/ano	
Monitorização ambulatorial de PA	1 exame/pac/ano	
RX PA e perfil	1 exame/pac/ano	
Atividade educativa de assistência especializada	1 a. e./pac/ano	
Teste ergométrico	1 exame/pac/ano	
Assistência domiciliar	1 procedimentos/pac/ano	
Atendimento ambulatorial com observação até 6 horas	1 atendimento/pac/ano	
Atendimento em assistência social	2 atendimentos/pac/ano	

Saúde do idoso

Ações/ População Alvo	Parâmetro % da população	Observações
População alvo	População acima de 60 anos	
Cobertura	40% da população alvo	Parte desta população já possui ações programadas em outras áreas estratégicas, como saúde do adulto e saúde da mulher
Ações		
Cons. Médicas	3 cons /pop coberta/ano	realizada na US ou domicílio
Cons. Enfermagem	3cons /pop coberta/ano	realizada na US ou domicílio
Visitas domiciliares ACS	12 v.d./pop coberta/ano	
Coleta de exames	30% das consultas programadas	realizada na US ou domicílio
Visita domic. por prof. Nível médio	6 v.d./pop coberta/ano	
Atividades Educativas na comunidade	2 a. e. /pop coberta/ano	
Hemograma completo	1 exame/pop coberta/ ano	
Função tireoidiana (TSH) mulheres	1 exame/pop coberta/ ano	
Dosagem de vitamina B12	1exame para 20% da população coberta/ano	
Dosagem do ácido fólico	1exame para 20% da população coberta/ano	
Glicemia de jejum	1 exame/pop coberta/ ano	
Creatinina	1 exame/pop coberta/ ano	
Colesterol total	1 exame/pop coberta/ ano	
Frações do colesterol	1 exame/pop coberta/ ano	
Triglicérides	1 exame/pop coberta/ ano	
Pesquisa de elementos anormais e sedimento na urina (EAS)	1 exame/pop coberta/ ano	

Urocultura com antibiograma	1 exame/pop coberta/ ano	
Pesquisa de sangue oculto nas fezes	1 exame/pop coberta/ ano	
Papanicolau (mulheres)	1 a cada 3 anos, após 2 exames normais	Para mulheres até 69 anos.
Consulta especializada	1 consulta/ pop coberta/ano	Para situações não resolvidas na rede básica, inclui consulta de urologia, ginecologia especializada, entre outras.

Saúde trabalhador

1 Dermatoses ocupacionais

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	População principalmente da construção civil, indústria de transformação e extrativa mineral	
Incidência	Estima-se que de 1 milhão de trabalhadores expostos, 1% possuem o agravo. Em um município com setor industrial importante, a incidência é maior (Ex. São Paulo) . Não existem informações quanto ao mercado informal.	
Cobertura	70% da população alvo	
Ações		
Consulta médica	1 consulta/trabalhador com sinais e sintomas/ano	As consultas poderão ser realizadas por médico do trabalho, clínico ou especialista na área do agravo. Estima-se que 50% das consultas serão realizadas na atenção básica.
Testes de contato	Pelo menos um teste por trabalhador nos casos de dermatoses por agentes químicos, que representam 80% do total	

2 Exposição a materiais biológicos

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	Profissionais de saúde com risco de acidente (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, técnicos em higiene dental, entre outros).	
Incidência	7% da população alvo	
Cobertura	100% da população alvo	

Ações		
Exposição ao vírus		
1ª Consulta médica	Uma consulta por trabalhador que teve contato com material biológico	As consultas poderão ser realizadas por médico do trabalho, clínico ou especialista na área do agravo. Estima-se que 50% das consultas serão realizadas na atenção básica.
Consultas médicas de acompanhamento	Quatro para 5,3% dos trabalhadores que tiveram contato com material biológico	
Hepatite B		
ANTI HBs - Anticorpos contra antígenos "s" da hepatite B	Um por trabalhador que teve contato com material biológico	
ANTI HBc Anticorpos contra antígeno "c" da hepatite B	Um por trabalhador que teve contato com material biológico	
HBsAG - Antígeno "s" (superfície) da hepatite B	Um por trabalhador que teve contato com material biológico	
Hepatite C		
Anti HCV Anticorpos contra o vírus da hepatite C	Um por trabalhador que teve contato com material biológico	
PCR	Um por trabalhador que teve contato com material biológico	
HIV		
Anticorpos anti HIV1 + HIV2 - (ELISA)	Um por trabalhador que teve contato com material biológico	
Testes rápidos para triagem de infecção pelo HIV	Um por trabalhador que teve contato com material biológico	
Profilaxia para HIV	Administração de coquetel de medicamentos para 5,3% dos trabalhadores que tiveram contato com material biológico	Fonte: CDC

Profilaxia pós exposição		
vacina HBV em 3 doses (0, 1 e 6m)	Para 20% dos acidentados	20% dos acidentados não são vacinados
3 LER/DORT		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	Bancários, digitadores, costureiros, profissionais que realizam teleatendimento, escriturários, profissionais que realizam montagem de pequenas peças e componentes, profissionais que trabalham com manufaturados, trabalhadores de limpeza, trabalhadores de abatedouros, soldadores e chapeadores de estaleiros, empacotadores, cozinheiros, passadeiras, auxiliares/ assistentes administrativos, operadores de caixa.	
Prevalência	25% da população alvo	
Cobertura	70% da população alvo	
Ações		
Diagnóstico		
Consulta médica	4 consultas/pop coberta/ano	As consultas poderão ser realizadas por médico do trabalho, clínico ou especialista na área do agravo. Estima-se que 50% das consultas serão realizadas na atenção básica.
Ultra-sonografia de articulação	1 exame para 70% da população coberta/ano	
Eletroneuromiografia	1 exame para 20% da população coberta/ano	
Fator reumatóide, teste do látex	1 exame para 10% da população coberta/ano	

Antiestreptolisina (ASLO), determinação quantitativa	1 exame para 10% da população coberta/ano	
Ácido úrico	1 exame para 10% da população coberta/ano	
Velocidade de hemossedimentação	1 exame para 10% da população coberta/ano	
Proteína C reativa	1 exame para 10% da população coberta/ano	
Tratamento clínico		
Terapias individuais e/ou de grupo	1 na semana, por portador de LER, com tempo médio de 4 a 6 meses.	Cerca de 35% tem melhora até 6 meses de tratamento, 35% de 6 a 24 meses e 30 % mais de 2 anos de tratamento
Fisioterapias	2 sessões na semana, por portador de LER, com tempo médio de 4 a 6 meses.	
4 Pneumoconioses		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	Trabalhadores que atuam com: mineração, jateamento com areia, metalurgia, garimpo, lapidação de pedras preciosas, predeiras e construção civil	
Incidência	27,4% de casos entre os expostos à rocha fosfática, de acordo com a fonte: De Capitani, Eduardo Mello.	
Cobertura	70% da população alvo	
Ações		
Consulta médica	2 consultas ano para a população coberta mais 4 consultas ano para 15% da população coberta	As consultas poderão ser realizadas por médico do trabalho, clínico ou especialista na área do agravo. Estima-se que 50% das consultas serão realizadas na atenção básica.
Torax PA esp para pneumoconioses (OIT)	1 exame/por trabalhador com a doença/ano	

Tomografia computadorizada de tórax	1 para 15% do total que realiza o raio-x, ou seja, do total que tem a doença	
Gasometria	1 exame para 15% dos que tem a doença, ou seja, apenas os sintomáticos	
“Espirometria com determinação do volume residual “	2 exames para os portadores da doença/ano; a cada dois anos para os expostos.	
Avaliação da capacidade de exercício	1 exame para 15% dos que tem a doença	

5 PAIR

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	Metalurgia e diferentes processos de trabalho	
Incidência	“ 30% da população exposta “	15.9%, de acordo com o estudo Prevalência de perda auditiva induzida por ruído em 180 trabalhadores da empresa metalúrgica Maximiliano R G et al. Rev. Saúde Pública vol.39 no.2 São Paulo Apr. 2005 32,7% em motoristas de ônibus, de acordo com Corrêa Filhoa H Ret al. Rev. Saúde Pública vol.36 no.6 São Paulo Dec. 2002.
Cobertura	70% da população alvo	

Ações

Consulta médica	1 consulta ano para 25% dos portadores de PAIR mais 2 consultas ano para 5% dos portadores de PAIR	As consultas poderão ser realizadas por médico do trabalho, clínico ou especialista na área do agravo. Estima-se que 50% das consultas serão realizadas na atenção básica.
Audiometria Tonal Limiar	25% dos portadores de PAIR, pelo menos um exame anual, e 5% com exame semestral.	

Logoaudiometria	25% dos portadores de PAIR, pelo menos um exame anual, e 5% com exame semestral.	
Imitanciometria	25% dos portadores de PAIR, pelo menos um exame anual, e 5% com exame semestral.	

6 Exposição ao chumbo

População alvo	Trabalhadores da indústria de montagem e reforma de baterias automotivas, indústria metalúrgica, fundições, operações de solda, envernizamento de cerâmicas, indústria de plásticos e pigmentos, reciclagem de baterias.	
Incidência	Não existem estatísticas confiáveis sobre a incidência da doença. A mesma varia segundo processo produtivo e condições ambientais e de trabalho, podendo atingir até 50% dos expostos	
Cobertura	70% da população alvo	

Ações

Consulta médica (consulta de médico do trabalho ou de clínico)	3 consultas ano por trabalhador exposto e 5 consultas ano por trabalhador intoxicado	As consultas poderão ser realizadas por médico do trabalho, clínico ou especialista na área do agravo. Estima-se que 50% das consultas serão realizadas na atenção básica.
--	--	--

Diagnóstico

Dosagem de chumbo no sangue Pb(s)	Dois exames por trabalhador exposto por ano Quatro exames por trabalhador intoxicado por ano	
-----------------------------------	--	--

Dosagem de ácido delta aminolevulínico urinário ALA (u)	Dois exames por trabalhador exposto por ano Quatro exames por trabalhador intoxicado por ano	
Zinco protoporfirina	Dois exames por trabalhador exposto por ano Quatro exames por trabalhador intoxicado por ano	
Acompanhamento (trabalhadores intoxicados)		
Dosagem de chumbo urinário Pb(u)	16 dosagens por trabalhador intoxicado por ano	
7 Exposição a agrotóxicos		
População alvo	Trabalhadores dos setores agropecuário, empresas desinsetizadoras, trabalhadores que atuam no controle de endemias e zoonoses, da capina química, do transporte, comercialização e produção de agrotóxicos	
Incidência	Estimativa de 2,2 intoxicações a cada 100 trabalhadores expostos	
Cobertura	70% da população alvo	
Ações		
Diagnóstico em Unidade Básica, CEREST, na rede de especialidades, em serviços de urgência/emergência ou em Centros de informações Toxicológicas		
Consultas médicas	2 consultas para a população coberta/ano	As consultas poderão ser realizadas por médico do trabalho, clínico ou especialista na área do agravo. Estima-se que 50% das consultas serão realizadas na atenção básica.
Hemograma completo, com contagem de reticulócitos.	1 exame/pop coberta/ano	
Uréia	2 exames/pop coberta/ano	
Creatinina	2 exames/pop coberta/ano	

Proteínas totais e frações	2 exames/pop coberta/ano	
Eletroforese de globulinas	2 exames/pop coberta/ano	
Bilirrubinas totais e frações	2 exames/pop coberta/ano	
Fosfatase alcalina	2 exames/pop coberta/ano	
TGO	2 exames/pop coberta/ano	
TGP	2 exames/pop coberta/ano	
GAMA GT	2 exames/pop coberta/ano	
TSH	2 exames/pop coberta/ano	
T 3	2 exames/pop coberta/ano	
T 4	2 exames/pop coberta/ano	
Glicemia em jejum	2 exames/pop coberta/ano	
Acetilcolinesterase plasmática (para suspeita de intoxicação aguda por organofosforados ou carbamatos)	2 exames/pop coberta/ano	
Acetil colinesterase verdadeira (para pesquisa de intoxicação crônica por organofosforados ou carbamatos)	2 exames/pop coberta/ano	
Rotina de urina	2 exames/pop coberta/ano	
8 Exposição ao benzeno		
População alvo	população relacionada ao acordo nacional permanente do benzeno, frentistas e mecânicos.	
Incidência	16 a 33% da população exposta, (Costa et al, 2005)	
Cobertura	70% da população alvo	

Ações		
Consulta médica	3 consultas para a população coberta/ano	As consultas poderão ser realizadas por médico do trabalho, clínico ou especialista na área do agravado. Estima-se que 50% das consultas serão realizadas na atenção básica.
Dosagem de ácido trans mucônico na urina	1 exame/pop coberta /ano	
Hemograma com análise quantitativa e qualitativa das três séries sangüíneas e contagem de reticulócitos.	3 exames/pop coberta/ano	
9 Procedimentos comuns a todos os agravos		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	Calculada a partir do número de acidentes/doenças do trabalho no mercado formal/previdência no ano de 2003 ou a partir da população trabalhadora em geral- PEA	
Cobertura	10% da população alvo	

Ações		
Atividade educativa com grupo na comunidade (nível médio), Atividade educativa com grupo na unidade (nível médio), Atividade educativa atenção básica com grupo na comunidade (nível superior, Atividade educativa em atenção básica com grupo na unidade (nível superior), Atividade educativa com grupo na comunidade (PACS/PSF)	12 a.e./pop coberta/ano	considerando número médio de 20 pessoas no grupo

Saúde da mulher

1 PRE-NATAL		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	Número de nascidos vivos do ano anterior	
Cobertura	A ser definida pelo gestor estadual/municipal	
Todas gestantes		
Ações		
1ª consulta	1 cons/ gestante	
Realização de Teste Imun. Gravidez	1 exame / gestante	Não é imprescindível para todas as gestantes
Visita domiciliar ACS	6 visitas/gestante	
Reuniões educativas. unid./gestante	4 reuniões/ gestante	
ABO	1 exame / gestante	
Fator RH	1 exame / gestante	
EAS	2 exames / gestante	
glicemias	2 exames / gestante	
VDRL	2 exames / gestante	
hematócrito	1 exame / gestante	
hemoglobina	1 exame / gestante	
sorologia para toxoplasmose (IGM)	1 exame / gestante	
HBsAg	1 exame / gestante	
anti-HIV1 e anti-HIV2	1 exame / gestante	
coleta triagem neonatal	1 coleta / gestante	
Cons.médica puerpério/gestante	1 cons /puérpera	
Vacina Anti-tetânica	90% das gestantes imunizadas	Não é programada na PPI da assistência
Ultra-som obstétrico	1exame para 10% total de gestantes	

Pre-natal risco habitual	85% das gestantes	
Ações		
Cons.médica	2 cons/ gestante	
Cons.enfermagem	3 cons/ gestante	
Pre-natal alto risco	15% das gestantes	
Ações		
Cons. Especializadas	5 cons/gestante de alto risco	Inclui consulta com GO para alto risco e outras especialidades necessárias, dependendo das intercorrências
Teste de tolerância à glicose	1 teste/gestante de alto risco	
Ultra-som obstétrico	2 exames/gestante de alto risco	

2 PLANEJAMENTO FAMILIAR

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos	
População alvo para PF	45% mulheres em id. fértil	
Cobertura	60% da população alvo	
Ações		
Cons.Médica	1 cons./pop.coberta/ano	
Cons.Enfermagem	1 cons./pop.coberta/ano	
Reuniões Educ.	1 R.E.pop.coberta/ano	
Atend.clín.p/indic. fornec. Diafragma	1 atendimento para 0,3% da pop.coberta	
Atend.clín.p/indic. fornec.ins.DIU	1 atendimento para 1,5% pop.coberta	

3 PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Ações/População alvo	Parâmetro % da população	Observações
População alvo	Mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos	
Cobertura	80% da população alvo	

Ações		
Consulta médica em Ginecologia	1 cons. med p/ 50% pop. coberta/ano	
Consulta de enferm. em Gineco.	1 cons. med p/ 50% pop. coberta/ano	
Coleta de amostra para exame papanicolaou em mulheres, de 25 a 59 anos, que realizaram exame pela primeira vez	1 coleta para 10% da pop coberta/ano	
Coleta de amostra para exame papanicolaou em mulheres, de 25 a 59 anos.	1 coleta para 40% da população coberta/ano	
Amostras coletadas encaminhadas para a análise laboratorial	100% das amostras coletadas	
Amostras insatisfatórias na análise laboratorial	5% dos exames realizados	Demandam a repetição imediata do exame (coleta e citopatológico). Percentual recomendado pela OPAS (2002)
Exames Papanicolaou com resultado alterado* para lesões precursoras e câncer	3% dos exames realizados	
Exames com resultado de atipias de significado indeterminado** e de lesão de baixo grau***	85% dos exames alterados	Percentual estimado pelo INCA. Estes exames demandam acompanhamento pela unidade básica e repetição do exame em 6 meses
Exames com resultados de lesões de alto grau**** e compatíveis com câncer (A)	15% dos exames alterados	Percentual estimado pelo INCA. Estes exames demandam encaminhamento para unidade de referência secundária ou terciária
Atividade educativa	1 atividade educativa/pop. coberta/ano	Estima-se que cada grupo terá 15 participantes

Tratamento de cervico-colpíte	30% das coletas	
Colposcopia	1 exame para 2,5% das coletas/ano	
Diagnóstico de lesões por colposcopia	80% das colposcopias	
Diagnóstico de câncer de colo do útero por colposcopia (B)	10% das lesões colposcópicas	
Tratamento de lesões de alto grau (NIC II e NIC III)	100% das mulheres com diagnóstico de lesões de alto grau (A+B)	
Cirurgia de alta frequência/conização	1 proced para 1,73% das coletas/ano	
4 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos	
Cobertura	A ser definida pelo gestor estadual/municipal	
Ações		
Consulta médica em ginecologia para Exame Clínico das Mamas (ECM)	1 cons. Med. p/ 50% pop. coberta/ano	Incluídas nas consultas programadas para prevenção do câncer de colo uterino
Consulta enferm em ginecologia para Exame Clínico das Mamas (ECM)	1 Cons. Enf. Para 50 % da população coberta/ano	Incluídas nas consultas programadas para prevenção do câncer de colo uterino
Mamografia - mulheres de 40-49 anos	1 exame para 17% dos ECM	Estimativa de alteração nos ECM em mulheres de 40 a 49 anos
Punção por Agulha Fina (PAAF)	1 proced para 1% da pop coberta/ano	10% das mulheres com exames alterados após realização de ECM e mamografia - Parâmetro Health Canada (2002)

Exame citopatológico de material líquido da mama	100% das Punções por Agulha Fina	
“Biópsias (Punção por Agulha Grossa+Biópsias Cirúrgicas) ”	1 rproced para 2% da pop coberta/ano	Punção por agulha-grossa (PAG) =14,6% dos casos e Biópsia Cirúrgica = 19,8% dos casos (Parâmetro Health Canada (2002))
Exame Histopatológico	100% das Biópsias (PAG+Biópsias Cirúrgicas)	Parâmetro Health Canada (2002)
Patologia Benigna	68% das biópsias cirúrgicas	Parâmetro Health Canada (2002)
Patologia Maligna	32% das biópsias cirúrgicas	Parâmetro Health Canada (2002)
População alvo	Mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos	
Cobertura	A ser definida pelo gestor estadual/municipal	
Mamografias para rastreamento em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos	1 mamografia 50% população coberta/ano	Considerando que a recomendação do Consenso é bianual e considerando o percentual de adesão de programas de outros países (Canada, UK, Australia)
Consulta médica em ginecologia para Exame Clínico das Mamas	1 cons. p/ 50% pop. coberta/ano	Incluídas nas consultas programadas para prevenção do câncer de colo uterino, para a faixa etária de 50 a 59 anos. É necessário programar 1 consulta para 50% das mulheres da faixa etária 60 a 69 anos.

Consulta enferm em ginecologia para Exame Clínico das Mamas (ECM)	1 cons. p/ 50% pop. coberta/ ano	Incluídas nas consultas programadas para prevenção do câncer de colo uterino, para a faixa etária de 50 a 59 anos. É necessário programar 1 consulta para 50% das mulheres da faixa etária 60 a 69 anos.
Mamografia - mulheres de 50-59 anos	1 exame para 5% dos ECM	Estimativa de alteração nos ECM em mulheres de 40 a 49 anos
Exames mamográficos com resultados alterados	11% das mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos	Parâmetro Health Canada (2002)
Punção por Agulha Fina (PAAF)	1 proced para 1% da população coberta	10% das mulheres que tiverem exames alterados após realização de exame clínico e mamografia
Exame citopatológico de material líquido da mama	100% das Punções por Agulha Fina	
"Biópsias (Punção por Agulha Grossa+Biópsia cirúrgica)"	1 proced para 2% da população coberta	34,4% das mulheres que tiverem exames alterados após realização de exame clínico e mamografia
Exame Histopatológico	100% das Biópsias (PAG+Biópsias Cirúrgicas)	
Patologia Benigna em Biópsias	68% das biópsias realizadas	Parâmetro Health Canada (2002)
Patologia Maligna em Biópsias	32% das biópsias realizadas	Parâmetro Health Canada (2002)
Câncer	6 casos por 1.000 mulheres examinadas	Parâmetro Health Canada (2002)
Encaminhamento para tratamento neoplasia maligna	Todas mulheres com diagnóstico confirmado	

Os parâmetros relativos à prevenção do câncer de colo uterino e de mama foram definidos em parceria com o Instituto Nacional do Câncer.

100% das gestantes atendidas devem ter garantia de referência hospitalar para o parto.

A taxa recomendada de partos por cesárea é de 27%

A adoção de dupla proteção (preservativo e outro método contraceptivo) é recomendada para 10% da população alvo para planejamento familiar.

A adoção de dupla proteção para mulheres laqueadas (com uso de preservativo) é recomendada para 10% das mulheres com laqueadura

A periodicidade preconizada pelo INCA/MS para Exames de Papanicolaou é de 1 exame a cada 3 anos, após 2 exames normais consecutivos com o intervalo de 1 ano.

São consideradas alterações em Exames de Papanicolaou: **Atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASCUS) e em células glandulares (ASGUS);

Lesão de baixo grau (HPV e NIC I); *Lesão de alto grau (NIC II e NIC III); Lesão de alto grau, não podendo excluir micro-invasão.

Estima-se que 80% dos exames alterados caracterizam-se como atipias de significado indeterminado** e lesão de baixo grau***, demandando acompanhamento pela unidade básica e repetição do exame em 6 meses.

Estima-se que 20% dos exames alterados caracterizam-se como lesões de alto grau**** e compatíveis com câncer. Estes demandam encaminhamento para unidade de referência secundária ou terciária.

Tuberculose

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
Previsão casos novos para o ano	casos novos do ano anterior + 10%	
Previsão casos antigos	10% dos casos do ano anterior	
Total de casos estim. para o ano	total dos casos novos mais os casos antigos	
Nº Sintomáticos Respiratórios (SR)	1% da população total	
Nº baciloscopias em sintomáticos respiratórios	2 exames /SR/ano	
Nº casos c/ baciloscopias(+)	4% do total de sintomáticos respiratórios	
Nº comunicantes	4 comunicantes/bacilífero (4 x nº de BK+)	
Nº comum.<5a, não vacinados, PPD (+)	6% nº comunicantes	
Cons. Médicas (trat. casos novos)	3 cons/caso/ano	
Cons.Enfermagem (trat. casos novos)	6 cons/caso/ano	
Visitas Domiciliares ACS	56 visitas domiciliares/bacilífero./ano	
Cons.Médicas (casos antigos)	6 cons/caso/ano	
Cons.Enfermagem (casos antigos)	6 cons/caso/ano	
Coleta baciloscopia p/ controle de tratamento	6 coletas/caso./ano	
Baciloscopia	100% das coletas	
Cons. Enfermagem p/ comunicantes	1 cons/comunicante/ano	
Cons. Médicas p/ quimioprofilaxia	2 cons/criança/ano	

Cons. Enferm. P/ quimioprofilaxia	6 cons/criança/ano	
Ativ. Educativa na Unidade	1 a.e./caso/ano	Estima-se que cada grupo terá 15 participantes
Ativ. Educativa na Comunidade	campanhas	
Adm. Medicamentos p/ tuberculose	6 proced/caso/ano	
Estimativa de cura	nº de casos novos do 2º semestre do ano anterior ao ano avaliado+ nº de casos novos previstos no 1º semestre do ano avaliado x 85%	
PPD ID para tuberculose	1 procedimento para 5% dos comunicantes menores de 5 anos/ano	
Atend. Alta pac . trat. supervisionado	1 procedimento para 85% da estimativa de cura	
PPD ID para auxílio diag. em TBC	1 exame para 8% dos sintomáticos respiratórios/ano	
Anti HIV para pac comTBC	1 exame para 90% dos casos estimados	90% dos casos estimados são confirmados
RX de torax p diagnóstico de TBC	1 exame para 8% dos sintomáticos respiratórios/ano	O Ministério da Saúde recomenda que o diagnóstico seja realizado preferencialmente por baciloscopia

Urgência

1 DEMANDA ESPONTÂNEA E PEQUENAS URGÊNCIAS

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	População geral	
Cobertura	100% da população alvo	
Ações		
Debridamento/curativo de escara/ulceração	0,0022 procedimento/pop coberta/ano	
Exerese de calo	0,0008 procedimento/pop coberta/ano	
Primeiro atendimento paciente com pequena queimadura	0,0004 procedimento/pop coberta/ano	
Curativo de queimadura até 10% superfície corporal	0,0005 procedimento/pop coberta/ano	
Tratamento curativo úlcera de estase	0,0006 procedimento/pop coberta/ano	
Curativo por paciente	0,36 procedimento/pop coberta/ano	
Retirada pontos de cirurgias por paciente	0,06 procedimento/pop coberta/ano	
Consulta ou atendimento de urgência em clínicas básicas	0,5 procedimento/pop coberta/ano	
Excisão/sutura simples pequenas lesões pele mucosa	0,004 procedimento/pop coberta/ano	
Incisão e drenagem de abscesso	0,001 procedimento/pop coberta/ano	
Retirada de corpo estranho cavidade auditiva/nasal	0,004 procedimento/pop coberta/ano	

2 ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR

Ambulância de Suporte Básico

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	População geral	

Cobertura	1 ambulância para 100.000 habitantes	70% da demanda para atendimento pré hospitalar refere-se a suporte básico
-----------	--------------------------------------	---

Ambulância de Suporte Avançado

População alvo	População geral	
Cobertura	1 ambulância para 300.000 a 400.000 habitantes	30% da demanda para atendimento pré hospitalar refere-se a suporte avançado

O tempo médio de espera, considerado adequado, entre a chamada e a chegada da ambulância, é de 10 minutos

Alimentação/nutrição

1 DESNUTRIÇÃO

DESNUTRIÇÃO LEVE E MODERADA		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	População infantil menor de 5 anos	
Prevalência em crianças	5,7% da população alvo	
Cobertura	80% da população alvo	
Ações		
Consultas médicas	9 consultas/pop coberta/ano	1 ao mês nos primeiros 6 meses e 1 a cada dois meses nos outros meses
DESNUTRIÇÃO GRAVE		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	População infantil menor de 1 ano	
Prevalência em crianças	0,4% da população 0 a 5 meses e 29 dias e 2,4% da população de 6 meses a 11 meses e 29 dias	
Cobertura	80% da população alvo	
Ações		
Consultas médicas	9 consultas/pop coberta/ano	1 ao mês nos primeiros 6 meses e 1 a cada dois meses nos outros meses
Consultas de nutrição	6 consultas/pop coberta/ano	1 ao mês nos primeiros 3 meses e 1 a cada dois meses nos outros meses
2 ANEMIA		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	população inafantil de 6 a 18 meses	
Prevalência em crianças	50% da população alvo	
Cobertura	80% da população alvo	

Ações		
Consultas médicas e de enfermeiro	6 consultas/pop coberta/ano	Programadas nas consultas de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento/saúde da criança
Consulta de nutrição	1 consulta/pop coberta/ano	
Hemoglobina sérica	3 exames/pop coberta/ano	
3 HIPOVITAMINOSE A		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	População infantil de 0 a 5 anos residente em áreas endêmicas	Restrito a áreas endêmicas: toda a região nordeste, Vale do Jequetinhonha (MG), Região Norte do Estado de Minas Gerais, Mucurici (MG) e Vale do Ribeira (SP)
Prevalência em crianças	33% da população alvo	
Cobertura	80% da população alvo	
Ações		
Consulta médica	2 consultas/pop coberta/ano	Programadas nas ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento/ saúde da criança
Administração de medicamento	2 proced/pop coberta/ano	Megadose vitamina A
4 OBESIDADE INFANTIL E EM ADOLESCENTES		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	população de 0 a 19 anos	
Prevalência	2,3% da população alvo	
Cobertura	40% da população alvo	
Ações		
Consulta de nutrição	6 consultas/pop coberta/ano	1 consulta por bimestre
Lipidograma completo	1exame/pop coberta/ano	

5 OBESIDADE EM ADULTOS

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	População acima de 20 anos	
Prevalência	10% da população alvo	
Cobertura	40% da população alvo	
Ações		
Consulta de nutrição	6 consultas/pop coberta/ano	1 consulta por bimestre
Lipidograma completo	1 exame/pop coberta/ano	

A medicação indicada, para gestantes e crianças, no caso de anemia é o sulfato ferroso; Com relação à anemia em gestantes, as ações da assistência (consultas e dosagem de hemoglobina sérica) já estão programadas nos parâmetros da saúde da mulher/pré-natal; No caso de gestantes com hipovitaminose A, a CGPAN/DAB/SAS/MS indica que seja administrada a megadose de vitamina A após o parto, na maternidade.

Saúde do adolescente

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	maior que 10 e menor que 20	
Cobertura	35%	
Ações		
Cons. Médicas	1 consulta/pop coberta/ano	
Cons. Enfermagem	2 consulta/pop coberta/ano	
Atividades Educativas Unidade	4 reuniões/pop coberta/ano	
Ativ. Educ. Comunidade	2 a.e./pop coberta/ano	Uma das atividades educativas deve contemplar as referências familiares

O calendário de imunização em adolescentes está discriminado na portaria GM 597, de 08 de abril de 2004

DST/AIDS

1. Diagnóstico

Diagnóstico da Sífilis em Gestantes		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
população alvo	número de nascidos vivos do ano anterior	
cobertura	100% da população alvo	
Realização de VDRL no pré-natal	2 exames/pop coberta/ano	Programados na rotina de pré-natal/saúde da mulher
Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Gestantes		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
população alvo	número de nascidos vivos do ano anterior	
cobertura	75% da população alvo nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste e 90% da população alvo nas regiões Sul e Sudeste	
Realização de teste HIV na gestação	1 exame/pop coberta/ano	Programados na rotina de pré-natal/saúde da mulher
Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Parturientes		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
população alvo	número de nascidos vivos do ano anterior	
cobertura	10% p/sul e sudeste e 25% p/outras regiões (máximo)	
Realização de teste HIV no parto	1 exame/pop coberta/ano	Necessário que no SIH-SUS seja informado, obrigatoriamente, o procedimento no campo SADT.
Diagnóstico da Infecção pelo HIV na população Geral		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
população alvo	população total do estado/município	

cobertura	0,017 da população total (17:1000 hab) excluída a população de gestantes e parturientes.	
Realização de Anti-HIV no parto	1 exame/pop coberta/ano	
2. Acompanhamento clínico de portadores do HIV		
Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
população alvo	população de 15 a 49 anos	
percentual de soropositividade	0,6% da população alvo	
percentual de assintomáticos e sintomáticos com infecção diagnosticada	população com diagnóstico estabelecido: 45%	
cobertura	100% da população alvo	
Consultas		
consultas médicas	3 consultas/portador/ano	
Exames laboratoriais para acompanhamento		
hemograma completo	3 exames /portador/ano	
contagem de CD4 e CD8	3 exames /portador/ano	
carga viral HIV-PCR	3 exames /portador/ano	
colesterol total	3 exames /portador/ano	
HDL	3 exames /portador/ano	
LDL	3 exames /portador/ano	
triglicerídeos	3 exames /portador/ano	
amilase	3 exames /portador/ano	
lipase	3 exames /portador/ano	
VDRL	1 exame para 30% dos portadores/ano	
FTA-abs	1 exame para 30% dos portadores/ano	
PPD	1 exame para 50% dos portadores/ano	
Para mulheres (além da série acima)	43,5% da população coberta	1 mulher soropositiva para 1,3 homens soropositivos
citológico de colo uterino	2 exames para 30% das portadoras/ano	

Saúde mental

1. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

1.1. PARA REDE DE SAÚDE COM CAPS

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	População geral	
Prevalência	Transtornos mentais: 12% da população geral, sendo 3% para transtornos mentais severos e persistentes e 9% para transtornos mentais menores. Dependência de álcool e outras drogas 6% para maiores de 12 anos, porém, se considerarmos apenas dependência de álcool esse índice sobe para 11%. Uso abusivo de álcool e outras drogas: 15%. Epilepsia: 1,3% da população geral	
Cobertura	70% da população alvo	
Atendimento em saúde mental pela equipe da atenção básica	70% da população coberta	
Ações		
Consulta/ atendimento em saúde mental pela equipe multiprofissional da atenção básica.	4 consultas para 30% da pop atendida em UBS/ano	

Atividade em grupo em saúde mental por equipe multiprofissional da atenção básica	24 atividades para 30% da pop atendida em UBS/ano	Incluem-se aqui todas as atividades de grupo realizadas com a população alvo pela equipe da atenção básica (atividades educativas e comunitárias, grupos operativos, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, terapia comunitária, etc.).
Visita domiciliar em Saúde Mental por ACS	12 visitas para 20% TM severo/ano. 12 visitas para 10% dependentes de álcool e/ou outras drogas/ano	
Atendimento domiciliar por equipe multiprofissional da atenção básica	12 atend para 10% TM severo/ano . 12 atend para 5% dos dependentes de álcool e/ou outras drogas/ano	
Reunião com profissional ou equipe de referência em Saúde Mental	48 reuniões/ano	

1.2. PARA REDE DE SAÚDE SEM CAPS

Ações/População alvo	Parâmetro/% da população	Observações
População alvo	População geral	
Prevalência	Transtornos mentais: 12% da população geral , sendo 3% para transtornos mentais severos e persistentes e 9% para transtornos mentais menores. Dependência de álcool e outras drogas 6% para maiores de 12 anos, porém, se considerarmos apenas dependência de álcool esse índice sobe para 11%. Uso abusivo de álcool e outras drogas: 15%. Epilepsia: 1,3 % da população geral	
Cobertura	70% da população alvo	

Atendimento em saúde mental pela equipe da atenção básica	70% da população coberta	
Ações		
Consulta/ atendimento em saúde mental pela equipe multiprofissional da atenção básica	08 consultas/TM severo/ano. 3 consultas/TM menor/ano. 08 consultas/Dependentes de álcool e/ou outras drogas/ano. : 03 consultas/Uso abusivo de álcool e/ou outras drogas/ano. 03 consultas/ Epilepsia/ano	
Atividade em grupo em saúde mental por equipe multiprofissional da atenção básica	24 atividades para 50% da pop.atendida em UBS/ano	Incluem-se aqui todas as atividades de grupo realizadas com a população alvo pela equipe da atenção básica (atividades educativas e comunitárias, grupos operativos, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, terapia comunitária, etc).
Visita domiciliar em Saúde Mental por ACS	18 visitas/TM severo/ano e 12 visitas para dependentes de álcool e/ou outras drogas/ano	
Atendimento domiciliar por equipe multiprofissional da atenção básica	12 atend para 20% TM severo/ano e 06 atend.para 20% dos dependentes de álcool e/ou outras drogas/ano	
Reunião com profissional ou equipe de referência em Saúde Mental	24 reuniões/ano	

2. CAPS		
População-alvo	3% da população geral para TM severo e 6% da população acima de 12 anos para dependência de álcool e outras drogas	
Cobertura	A ser definidas pelo gestor municipal/estadual com base na capacidade instalada	
Ações		
CAPS I - ATENDIMENTOS POR MÊS	38 usuários (intensivo) 75 usuários (semi-intensivo) 137 usuários (não intensivo)	1 CAPS I é referência para um território de até 50.000 habitantes
CAPS II - ATENDIMENTOS POR MÊS	54 usuários (intensivo) 95 usuários (semi-intensivo) 121 usuários (não intensivo)	1 CAPS II é referência para um território de 100.000 habitantes
CAPS III - ATENDIMENTOS POR MÊS	76 usuários (intensivo) 114 usuários (semi-intensivo) 190 usuários (não intensivo)	1 CAPS III é referência para um território de 150.000 habitantes
CAPS i - ATENDIMENTOS POR MÊS	39 usuários (intensivo) 80 usuários (semi-intensivo) 121 usuários (não intensivo)	1 CAPS i é referência para 100.000 habitantes
CAPS ad - ATENDIMENTOS POR MÊS	48 usuários (intensivo) 74 usuários (semi-intensivo) 108 usuários (não intensivo)	1 CAPS ad é referência para 100.000 habitantes
Reunião do profissional de referência ou equipe do CAPS com equipes da atenção básica	48 reuniões/ano	Cada equipe de saúde mental dará cobertura para até 9 equipes da atenção básica

Observação: Os CAPS devem desenvolver as seguintes ações: atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento familiar, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, ações de inclusão social pelo trabalho, supervisão e apoio às equipes da atenção básica (matriciamento). Essas ações devem ser desenvolvidas conforme o projeto terapêutico individual planejado para cada usuário.

3. AMBULATÓRIOS

População alvo	Pessoas com transtornos mentais menores (9% da população geral)	
Cobertura	a ser definida pelo gestor municipal/estadual	
Ações		
Consulta/ atendimento de profissional de nível superior	3 consultas/pop coberta/ano	Compreende consultas/ atendimentos de psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo
Atividade em grupo por equipe multiprofissional	12 atividades para 10% da pop.coberta/ano	Incluem-se aqui todas as atividades de grupo realizadas com a população alvo pela equipe do ambulatório (atividades educativas e comunitárias, grupos operativos, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, etc).

4. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

População-alvo	Usuários longamente internados em hospitais psiquiátricos (residem no próprio hospital)	1) A Área Técnica recomenda que o gestor local realize censo psicossocial nos hospitais psiquiátricos sob a sua gestão para definir o número de internações de longa permanência. A média nacional demonstra que 30% dos usuários internados em Hospitais Psiquiátricos são de longa permanência. 2) A partir deste censo, será possível identificar pessoas que podem morar nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e também pessoas que tenham direito de receber o benefício financeiro criado pelo Programa de Volta para Casa.
----------------	---	---

Inclusão de usuários em Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs	10% da população alvo/ano	<p>“1) Os Serviços Residenciais Terapêuticos são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. 2) Cada SRT pode ter até 8 moradores e deve estar articulado a um serviço de saúde mental no mesmo território. 3) Estes serviços estão regulamentados pela Portaria GM/MS nº 106, de 11/02/2000.”</p>
Inclusão de usuários no Programa De Volta Para Casa	10% da população alvo/ano	<p>1) O critério de inclusão de usuários no Programa de Volta para Casa é ter permanecido internado por um período ininterrupto ou superior a 2 anos até a publicação da lei 10.708, de 31/07/2003. A regulamentação foi feita pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2077, de 31/10/2003. 2) Os recursos correspondentes a este Programa não oneram o Limite Financeiro da Média e Alta complexidade, pois são creditados diretamente na conta do usuário</p>
5. Leitos integrais em saúde mental (HG,HP, leitos de CAPS III, leitos de urgência)		
População-alvo:	Pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e dependentes de álcool e outras drogas.	

Cobertura	<p>a) Municípios com rede substitutiva efetiva: 0,1 a 0,16 leitos/1000 habitantes</p> <p>b) Municípios com hospital psiquiátrico e sem rede substitutiva efetiva 0,16 a 0,24 leitos/1000 habitantes</p>	<p>a) Entende-se por Rede substitutiva efetiva aquela rede composta por diversos dispositivos (CAPS, SRTs, Programa de Volta Para Casa, saúde mental na atenção básica, ambulatorios, leitos em hospitais gerais, etc.) que foram capazes de efetivamente controlar a porta de entrada das internações, reduzir as internações, reduzir drasticamente o tempo médio de permanência das internações, reduzir consideravelmente os leitos ou fechar hospitais psiquiátricos.</p> <p>b) Nos municípios com índice maior de leitos/1000 habitantes, que o indicado nestes parâmetros, a redução de leitos deverá acontecer nos Hospitais Psiquiátricos, conforme PT GM nº 52, de 20/01/2004.</p> <p>c) O tempo de internação em hospitais psiquiátricos deve observar os critérios definidos pelo Programa Nacional de Avaliação do Serviços Hospitalares/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) que é de no máximo 18 dias.</p>
Redução de leitos em hospitais psiquiátricos	<p>a) 40 leitos/ano para hospitais de 160 a 480 leitos</p> <p>b) 80 leitos/ano para hospitais acima de 481 leitos</p>	
Implantação de leitos em Hospitais Gerais	Conforme necessidade de cada município, levando em consideração os parâmetros de leitos/1000 habitantes acima indicados	

Hemoterapia

Etapa	parâmetro
Captação doadores	3 a 5% população geral
Triagem clínica de doador	100% dos doadores, sendo pelo menos 65%, no serviço público
Coletas	80% das triagens
Exames imunohematológicos	100% das coletas
Sorologia total	100% das coletas
Processamento	85 a 90% das sorologias
Pré-transfusional	70 a 75% do processado
Transfusional	22% do processado (aqui são consideradas apenas as realizadas ambulatorialmente)

Litotripsia

Ações/População alvo	Parâmetro % da população
número anual de litíase esperado	200 casos para cada 100 mil habitantes
eliminação espontânea	90% do nº esperado de litíase
eliminação espontânea improvável	10% do nº esperado de litíase
estimativa de casos com indicação de litotripsia extracorpórea	10% dos casos de eliminação espontânea + 90% dos casos de eliminação espontânea improvável
estimativa do número de procedimentos	4 procedimentos por caso

Nefrologia

Estimativa de pacientes e serviços

nº estimado serviços	1 para cada 200.000 habitantes
nº estimado de pacientes	40 pacientes por 100.000 habitantes

serviços de nefrologia	parâmetros de produção
Hemodiálise - HD	cada serviços pode atender até 200 pacientes em hemodiálise, sendo 1 paciente por equipamento instalado por turno (o serviços pode funcionar até 3 turnos)
diálise peritoneal automática - DPA	realizada no domicílio do paciente com trocas realizadas pela máquina cicladora automática
diálise peritoneal ambulatorial contínua - DPAC	realizada no domicílio do paciente com trocas realizadas pelo pacientes
diálise peritoneal intermitente - DPI	realizada no serviço de saúde com trocas realizadas manualmente ou por máquina

exames e consultas necessários para o acompanhamento dos pacientes em diálise

até 30 dias de sua admissão no tratamento dialítico	ultra-sonografia abdominal com estudo dos rins e bexiga
mensais	consulta com nefrologista, hematócrito, hemoglobina, uréia pré e pós sessão de diálise, potássio, calcio, fósforo, transaminase glutâmica pirúvica (TGP), glicemia para diabéticos e creatinina
trimestrais	hemograma, saturação de transferrina, ferritina, ferro sérico, proteínas totais e frações e fosfatase alcalina
semestrais	párato-hormonio, Anti HBs, HbsAG e AntiHCV (os dois últimos para pacientes suscetíveis)
anuais	colesterol total e fracionado, triglicérides, dosagem de anticorpos para HIV e do nível sérico de alumínio, RX de tórax em PA e perfil
para pacientes em diálise peritoneal	função renal residual e clearance peritoneal anualmente

obs : estes parâmetros foram retirados da portaria SAS nº 211 de 15/06/2004 e da resolução -RDC nº 154 de 15/06/2004

Oncologia

Estimativa de casos e serviços

nº estimado serviços	1 para cada 1000 casos novos (exceto câncer de pele)
nº estimado casos novos	disponibilizado por UF no site www.inca.gov.br

serviços de oncologia	estimativa de necessidade	parâmetros de produção
quimioterapia	em cada 1.000 casos novos 700 necessitam de quimioterapia	4.200 a 6.300 procedimentos/ano para cada 1.000 casos novos (6 a 9 meses,em média, de tratamento por paciente)
radioterapia	em cada 1.000 casos novos 600 necessitam de radioterapia	40.500 a 42.000 campos/ano para cada 1.000 casos novos (67,5 a 70 campos por paciente tratado)
braquiterapia de baixa taxa de dose		5 fontes seladas podem tratar até 96 pacientes/ano
braquiterapia de alta taxa de dose		cada equipamento pode tratar até 440 pacientes/ano
oncologia pediátrica (até 18 anos)	os canceres pediátricos representam em torno de 2% a 3% do total de cânceres estimados	cada serviços deverá atender no mínimo 75 casos novos/ano
hematologia	os canceres hematológicos representam em torno de 5% do total de cânceres estimados e 40% dos cânceres pediátricos	
cirurgia oncológica	em cada 1.000 casos novos 500 a 600 necessitam de cirurgia oncológica	600 a 700 cirurgias/ano considerando em média 1,2 procedimentos cirurgicos por paciente

obs : estes parâmetros foram retirados da portaria SAS nº 741 de 19/12/2005

Queimados

Ações	Parâmetro % da população
Curativo pós alta	máximo 8 por paciente/mês
Malha compressiva para tratamento de sequelas de queimaduras (tórax ou meia calça)	1 por paciente
Malha compressiva para tratamento de sequelas de queimaduras (luva, meio cano ou cano de perna, meia até a virilha ou joelho)	2 por paciente

obs : parâmetros retirados da portaria GM nº 1274de 21/11/2000

Bolsas de colostomia

Ações População Alvo	Parâmetro
População Alvo	0,17% da população geral
Bolsas de colostomia	30 bolsas/pop alvo mês

Saúde auditiva

Estimativa de serviços	
nº estimado de serviços	1 serviço, com uma equipe, a cada 1.500.000 habitantes
Parâmetros de produção - procedimentos principais	
procedimento	parâmetros de produção
39.011.01 Avaliação para diagnóstico de deficiência auditiva em paciente maior de três anos	Máximo 01 paciente/ano
39.011.02 Avaliação para diagnóstico diferencial de deficiência auditiva	Máximo 01 paciente/ano
39.011.03 Terapia fonoaudiológica individual em criança	Máximo 08 sessões paciente/mês
39.011.04 Terapia fonoaudiológica individual em adulto	Máximo 04 sessões paciente/mês
39.011.05 Acompanhamento de paciente até três anos completos adaptado com AASI unilateral ou bilateral	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano
39.011.06 Acompanhamento de paciente maior de três anos até 15 anos incompletos adaptado com AASI unilateral ou bilateral	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano
39.011.07 Acompanhamento de paciente maior de 15 anos adaptado com AASI unilateral ou bilateral	Máximo 01 paciente/ano
39.011.08 Reavaliação diagnóstica da deficiência auditiva em paciente maior de três anos com ou sem indicação do uso de AASI	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano
39.011.09 Reavaliação diagnóstica da deficiência auditiva em paciente menor de três, ou em crianças e adultos com afecções associadas, ou perdas unilaterais, e ainda, para pacientes referenciados dos serviços de menor complexidade, com ou sem indicação do uso de AASI	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano
39.011.10 Acompanhamento de criança com implante coclear	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano
39.011.11 Acompanhamento de adulto com implante coclear	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano

39.012.01 Seleção e verificação do benefício do AASI	Máximo 01 paciente/ano
39.020.00 Próteses auditivas	Máximo 2. Estima-se que 70% da população avaliada será protetizada, sendo que destes 85% terão protetização bilateral
Estes parâmetros foram retirados da portaria GM nº 2073 de 28 /09/2004, portaria SAS nº 587 de 07/10/2004 e portaria SAS nº 589 de 08/10/2004	

Compatibilidade entre procedimentos principais e secundários

	39.011.01	Avaliação para diagnóstico de deficiência auditiva em paciente maior de três anos	39.011.02	Avaliação para diagnóstico diferencial de deficiência auditiva	39.011.05	Acompanhamento de paciente até três anos completos adaptado com AASI unilateral ou bilateral	39.011.06	Acompanhamento de paciente maior de três anos até 15 anos incompletos adaptado com AASI unilateral ou bilateral	39.011.07	Acompanhamento de paciente maior de 15 anos adaptado com AASI unilateral ou bilateral	39.011.08	Reavaliação diagnóstica da deficiência auditiva em paciente maior de três anos com indicação do uso de AASI	39.011.09	Reavaliação diagnóstica da deficiência auditiva em menor de três, ou em crianças e adultos com afecções associadas, ou perdas unilaterais, e ainda, para pacientes referenciados dos serviços de menor complexidade, com ou sem indicação do uso de AASI	39.011.10	Acompanhamento de criança com implante coclear	39.011.11	Acompanhamento de adulto com implante coclear	39.012.01	Seleção e verificação do benefício do AASI
17.082.20	Logoaudiometria	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano
17.082.21	Imitanciometria	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano
17.082.22	Audiometria tonal limiar	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano
17.082.23	Audiometria de reforço visual	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/02 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano	Máximo 01 paciente/04 vezes/ano

17.082.24 Audiometria em campo livre com pesquisa do ganho do ganho funcional					Máximo 01 paciente/ano						Máximo 01 paciente/ano
17.082.25 Pesquisa do ganho de inserção		Máximo 01 paciente/04 vezes/ano			Máximo 01 paciente/ano						Máximo 01 paciente/ano
17.082.26 Emissões otoacústicas evocadas transientes e produto de distorção			Máximo 01 paciente/ano								
17.082.27 Potencial evocado de curta, média e longa latência		Máximo 02 paciente/04 vezes/ano									
39.012.02 Reposição de molde auricular					Máximo 01 paciente/ano						

Esta publicação foi editorada com
as fontes Frutiger 45 e Frutiger 95.
A capa e o miolo foram impressos
no papel Reciclato, em julho de 2006.