

---

**SECRETARIA DA SAÚDE**

---

ARITA BERGMANN  
Av. Borges de Medeiros, 1501 - 6º andar  
Porto Alegre / RS / 90119900

---

**Gabinete**

---

ARITA BERGMANN  
Av. Borges de Medeiros, 1501 - 6º andar  
Porto Alegre / RS / 90119900

---

**Portarias**

---

Protocolo: 2021000576807

**REPUBLICAÇÃO****PORTRARIA SES Nº 537/2021**

Regulamenta, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o ASSISTIR - Programa de Incentivos Hospitalares. PROA 21/2000-0079506-0.

**A SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**, no uso de suas atribuições e considerando:

o princípio da eficiência na destinação dos recursos públicos;

a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

o Decreto nº 56.015/2021, que institui o ASSISTIR - Programa de Incentivos Hospitalares;

as Portarias de Consolidação emitidas pelo Ministério da Saúde;

a responsabilidade da União no custeio dos serviços de saúde na média e alta complexidade e o interesse do Estado em fomentar e qualificar determinados tipos de serviços nos hospitais contratualizados para prestação de serviços no Sistema Único de Saúde – SUS;

a necessidade de aperfeiçoamento dos incentivos hospitalares estaduais, com a fixação de critérios técnicos e objetivos para definição dos valores para cada hospital beneficiado, de forma transparente e equânime quanto à distribuição dos recursos, observando-se a disponibilidade financeira e orçamentária do Estado;

**RESOLVE:****DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 1º** Fica regulamentado o ASSISTIR - Programa de Incentivos Hospitalares, instituído pelo Decreto nº 56.015/2021, para qualificar a atenção secundária e terciária em saúde nos hospitais contratualizados para prestação de serviços no Sistema Único de Saúde – SUS.

**§ 1º** O ASSISTIR é uma modalidade de incentivo financeiro público estadual pré-fixado, repassado aos Fundos de Saúde dos Municípios com gestão hospitalar própria ou diretamente aos hospitais contratualizados pelo Estado, condicionado à observância dos requisitos do Programa.

**§ 2º** Os recursos do ASSISTIR serão utilizados para o fomento de ações e de serviços de saúde realizadas para o SUS, indicados no Anexo 1 (Lista dos Tipos de Serviços - TS), não se confundindo com o custeio direto da prestação de serviços na atenção secundária e terciária, o qual se dá por meio de recursos federais computados no teto de média e alta complexidade (Teto MAC) do Estado.

§ 3º A implementação, a execução e a supervisão do ASSISTIR será efetuada pela Secretaria da Saúde, nos termos desta Portaria e de outros atos que vierem a complementá-la ou substituí-la.

**Art. 2º.** O ASSISTIR tem por objetivo a destinação de recursos financeiros aos hospitais vinculados ao SUS de forma equânime e transparente, independentemente da gestão ser estadual ou municipal, devendo o montante a ser repassado observar ao regramento do programa e atender cumulativamente aos seguintes critérios:

- I - a regionalização da saúde;
- II - a capacidade instalada e resolutiva de cada instituição; e
- III- os limites orçamentários.

**Art. 3º** São diretrizes do ASSISTIR:

- I - assegurar a eficiente destinação de recursos públicos na área da saúde;
- II – destinar recursos financeiros complementares para fomentar as ações e os serviços de saúde realizados para o SUS indicados no Anexo 1 (Lista dos Tipos de Serviços - TS);
- III – assegurar a transparência nos critérios de alocação de recursos aos hospitais pela SES;
- IV – estabelecer critérios técnicos para a destinação de recursos por intermédio de incentivos;
- V – conceder recursos com equidade e razoabilidade, limitados à disponibilidade orçamentária da SES; e
- VI – monitorar e avaliar a aplicação dos recursos repassados aos hospitais.

**Art. 4º.** O ASSISTIR é constituído por recursos do Tesouro do Estado, limitado à disponibilização financeira e orçamentária da SES.

**Parágrafo único:** O ASSISTIR substitui todos os valores custeados pelo Estado por meio da Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Secundária e Terciária em Saúde (PIES-AST) e dos demais incentivos hospitalares, inclusive na modalidade de financiamento por orçamentação, distribuídos, direta ou indiretamente, aos hospitais prestadores de serviços ao SUS.

## DOS TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE CONTEMPLADOS NO PROGRAMA

**Art. 5º.** Os critérios para destinação de recursos financeiros do ASSISTIR consideram o Tipo de Serviço em saúde a ser fomentado e sua prioridade na saúde pública, com base em critérios técnicos, objetivando qualificar e facilitar o acesso da população de forma descentralizada, regionalizada e resolutiva a determinados serviços pelo SUS.

**Art. 6º-** Os Tipos de Serviços eleitos como prioritários para o ASSISTIR constam no Anexo 1 desta Portaria, especificados com os respectivos fatores de cálculo, critérios técnicos e demais requisitos necessários à percepção do incentivo.

§ 1º O Tipo de Serviço pode ser classificado, em conformidade com os critérios dispostos nesta Portaria, de acordo com a complexidade, estrutura, capacidade tecnológica, perfil de recursos humanos e/ou especialidade do serviço.

§ 2º A percepção do incentivo dependerá, além do respeito às normas e obrigações comuns a todos os Tipos de Serviço referidas neste ato, da observância aos requisitos técnicos específicos de cada um deles constantes no Anexo 1 desta Portaria.

**Art. 7.** A Secretaria Estadual da Saúde poderá, a qualquer tempo, proceder à revisão, à inclusão ou à exclusão de Tipos de Serviços incentivados, conforme priorização de ações e políticas de saúde.

§1º No caso de exclusão ou de modificação de critérios de Tipo de Serviço incentivado, o Hospital habilitado será comunicado, com antecedência prévia de no mínimo 30 (trinta) dias do momento de suspensão dos pagamentos, para que adeque seus serviços aos novos requisitos exigidos, ou para ciência da suspensão dos pagamentos a esse título.

§2º A exclusão de determinado Tipo de Serviço do Anexo 1 não autoriza a suspensão da prestação do serviço pelos hospitais, tendo em vista que são financiados com recursos federais computados no teto de média e alta complexidade (Teto MAC) do Estado, restando, contudo, dispensados eventuais requisitos específicos do ASSISTIR, ressalvadas as especificações técnicas cuja obrigatoriedade permaneça vigente por outras normas.

## **DA HABILITAÇÃO E DAS CONDIÇÕES PARA PERCEPÇÃO DO INCENTIVO**

**Art. 8º.** Poderão receber recursos do ASSISTIR os hospitais privados sem fins lucrativos e os hospitais públicos municipais prestadores de serviços de saúde no âmbito do SUS que atendam o disposto no Decreto nº 56.015/2021, nesta Portaria e em demais atos regulamentares da SES.

**Art. 9º.** Serão habilitados a receber recursos do ASSISTIR, sem necessidade de requerimento formal, os hospitais prestadores para o SUS dos Tipos de Serviços (TS) previstos no Anexo 1 ou cuja necessidade do TS para a região seja demandada pela gestão estadual, independentemente de perceberem valores do Tesouro do Estado antes da vigência do Decreto 56.015/2021, observando-se as regras do programa.

**Art. 10º.** Os hospitais que pretendam iniciar a prestação de um dos Tipos de Serviços (TS) contemplados no presente programa para o SUS, para que façam jus ao recebimento do incentivo, deverão protocolar pedido de habilitação na Coordenadoria Regional de Saúde de referência do seu município, observando-se o seguinte fluxo:

I – abertura de processo administrativo eletrônico pela Coordenadoria Regional de Saúde - CRS, contendo o pedido de habilitação do Tipo de Serviço pleiteado, por ofício assinado pelo representante legal do hospital, declarando que se compromete a cumprir o estabelecido nesta Portaria;

II - em caso de solicitação de hospital localizado em município com gestão do sistema hospitalar, deve ser juntada, no processo administrativo, a cópia do contrato, convênio ou instrumento congênere entre município e hospital;

III - análise do pedido pela área técnica da CRS sobre a necessidade ou não de abertura ou de ampliação de serviços de acordo com os parâmetros da regionalização da saúde e da organização das redes de atenção, encaminhando o processo para homologação pelo respectivo Coordenador;

IV - análise técnica do Departamento de Gestão da Atenção Especializada (DGAE), formulando proposta de decisão, objetivamente justificada, bem como cálculo do incentivo conforme os critérios previstos no ASSISTIR;

V - análise técnica do departamento competente, quando for o caso, conforme o Tipo de Serviço (TS), formulando proposta de decisão, objetivamente justificada;

VI – em caso de parecer técnico favorável dos departamentos referidos nos itens IV e V, encaminhamento ao Fundo Estadual de Saúde (FES);

VII – análise do Fundo Estadual de Saúde (FES) para manifestação quanto à disponibilidade financeira e orçamentária;

VIII – deliberação do Secretário da Saúde quanto à autorização da habilitação;

IX – encaminhamento ao DGAE para publicação de Portaria com os Tipos de Serviços - TS habilitados e o respectivo valor mensal a ser repassado ao hospital.

§ 1º Não havendo manifestação favorável ou aprovação nas hipóteses previstas nos incisos III a VIII do presente artigo, o processo será encaminhado para a CRS de origem, para ciência ao prestador e eventual manifestação no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

§ 2º Para novos serviços poderá ser solicitada pela SES a avaliação das referências pelas instâncias de pactuação do SUS.

**Art. 11.** A SES publicará portaria habilitando cada hospital e o respectivo valor do incentivo a que faz jus.

**Art. 12.** O hospital estará habilitado a receber o VITS (Valor do Incentivo para o Tipo de Serviço) a partir da competência subsequente a do mês de publicação da portaria a que faz referência o artigo 11 desta Portaria, estando o pagamento dos valores condicionado:

- I - à inclusão dos valores no instrumento contratual com a Secretaria Estadual da Saúde, para os hospitais sob sua gestão;
- II - à publicação de portaria que autoriza o repasse dos valores ao Fundo Municipal da Saúde, no caso dos Municípios com gestão hospitalar própria; e
- III - ao efetivo funcionamento dos serviços, cumulado ao atendimento dos incisos I ou II, conforme o caso.

#### **DO VALOR DO INCENTIVO E DO SUPLEMENTAR DIFERENCIAL**

**Art. 13.** O Valor do Incentivo para o Tipo de Serviço - VITS habilitado será calculado para cada hospital e será obtido a partir da multiplicação dos seguintes fatores: Unidade de Incentivo Hospitalar – UIH, Peso e Unidade de Referência - UR, operação representada pela seguinte fórmula:

$$\text{VITS anual} = \text{UIH} \times \text{Peso} \times \text{UR}$$

§ 1º UIH é o valor monetário, medido em reais, fixado em Decreto do Governador do Estado para fins de formação do valor financeiro final do incentivo.

§ 2º Peso é o número atribuído pela gestão estadual da saúde que pondera a distribuição do recurso, considerando a importância, a essencialidade e a qualificação de cada Tipo de Serviço - TS referido no Anexo 1 desta Portaria.

§ 3º Unidade de Referência – UR é a base de cálculo do incentivo que considera, conforme estabelecido no Anexo 1, um dos critérios abaixo para cada Tipo de Serviço - TS:

- I – produção de serviços de internação e ambulatoriais, aferida pelo quantitativo físico total aprovado por meio das bases de dados oficiais do SUS; ou
- II – número de leitos SUS, conforme base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, aferido pelo quantitativo físico registrado nas bases de dados oficiais do SUS, desde que efetivamente em funcionamento; ou
- III – complexidade e especificidade do TS, assim entendidos os serviços considerados estratégicos pela sua disponibilidade e potencial acesso à população, não podendo ser avaliados adequadamente apenas pela produção ou número de leitos, em razão da sua imprevisibilidade e contexto na saúde pública.

§4º O hospital poderá ter mais de um VITS.

**Art. 14.** Os hospitais que receberem VITS, considerando a totalidade da linha de cuidado e/ou as áreas e as especialidades estratégicas para garantir as referências de atendimento nas macrorregiões de saúde, perceberão um percentual adicional, denominado Suplementar Diferencial - SD, sobre determinado VITS, nos casos descritos no Anexo 1 desta Portaria.

**Art. 15.** O valor final do incentivo do ASSISTIR devido a cada hospital corresponderá à soma dos VITS e, quando houver, do SD.

**Parágrafo único** - Caso um mesmo hospital faça jus a mais de um SD, a base de cálculo para o cômputo de cada percentual adicional não poderá considerar eventual incidência de outro SD.

**Art. 16.** A ampliação do valor do incentivo recebido pelo hospital dependerá sempre de ato formal da Secretaria da Saúde, que avaliará a disponibilidade financeira e as necessidades de saúde da região, não decorrendo apenas de eventual ampliação nos serviços ofertados pelo prestador.

**Art. 17.** Na hipótese de o tipo de serviço - TS ser habilitado ou qualificado pelo Ministério da Saúde, o valor do incentivo do ASSISTIR poderá ser revisto, com a suspensão ou redução do recurso estadual correspondente, após a publicação da respectiva portaria ministerial autorizando a transferência de recursos financeiros ao teto MAC do Estado, tratamento que será concedido de forma isonômica a todos hospitais que se enquadarem nessa situação em cada Tipo de Serviço - TS.

### **DAS OBRIGAÇÕES**

**Art. 18.** São obrigações dos hospitais habilitados no ASSISTIR:

I - cumprir o disposto no Decreto n.º 56.015/2021, nesta Portaria e em outras normativas que vierem a ser publicadas atinentes ao Programa;

II - observar as normas federais, estaduais e municipais que regem o Sistema Único de Saúde;

III - cumprir os contratos ou instrumentos congêneres de prestação de serviço ao SUS;  
IV - assegurar o adequado funcionamento da Comissão de Acompanhamento de Contrato, inclusive indicando formalmente quem o representará junto à Comissão, devendo ser comunicado ao Presidente da Comissão sempre que o titular ou suplente estiverem impedidos de atuar, provisória ou definitivamente, conforme artigo 5º da Portaria SES n.º 2.094/2017 e alterações que dela decorrerem;

V - manter durante toda a execução do Programa, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todos os requisitos exigidos para habilitação ao incentivo;

VI - observar os requisitos técnicos e orientações constantes no Anexo 1, quanto aos Tipos de Serviço em que estiver habilitado, inclusive no que se refere à eventual exigência relacionada à manutenção ou ao incremento de produção como pressuposto ao recebimento do incentivo;

VII - observar a Atenção Primária à Saúde – APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado;

VIII - trabalhar na qualificação da atenção secundária e terciária;

IX - respeitar a Rede de Atenção à Saúde – RAS viabilizando todas as ações que permitam a contrarreferência adequada do paciente para APS e demais níveis da atenção à saúde;

X - cumprir e respeitar as referências pactuadas pelos gestores estadual e municipal;

XI - prestar assistência ao usuário do SUS, independentemente da referência pactuada, quando solicitados pela gestão estadual do SUS, devidamente justificada;

XII - aceitar a transferência e prestar assistência ao usuário do SUS que estiver internado em outra instituição, mesmo em se tratando de procedimentos eletivos, em relação aos Tipos de Serviço com base nos quais perceber incentivo e que sejam adequados às necessidades do usuário do SUS internado, observadas as pactuações vigentes;

XIII - prestar o atendimento integral na linha de cuidado, garantindo a realização de todos os exames necessários à linha de cuidado no Tipo de Serviço incentivado, de forma a evitar deslocamentos desnecessários dos usuários, priorizando a oferta de

serviços de forma concentrada no tempo, centralizando tecnologias, processos diagnósticos e terapêuticos sempre que possível;

XIV - seguir as recomendações de segurança do paciente conforme orientações definidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde;

XV - acolher o paciente, respeitando seus direitos e garantindo atendimento humanizado, como preconizado pelo SUS;

XVI - utilizar as diretrizes clínicas e protocolos recomendados/adotados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde;

XVII - cumprir as diretrizes e protocolos assistenciais recomendados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, quando existirem;

XVIII - garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde aos usuários do SUS;

XIX - manter o devido registro do atendimento do paciente no prontuário, caderneta, formulários, encaminhamentos, laudos e sistemas oficiais do Sistema Único de Saúde – SUS, pertinentes à assistência prestada;

XX - preencher a Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento - DITA com a devida justificativa técnica;

XXI- alimentar corretamente e manter atualizados todos os sistemas de informação de saúde disponibilizados pelas três esferas de gestão do SUS;

XXII - submeter-se às regras de regulação instituídas pela gestão estadual do SUS;

XXIII - utilizar os sistemas de regulação definidos pela gestão estadual do SUS;

XXIV - integrar a Rede Estadual de Assistência, sob regulação do Gestor Estadual e/ou Municipal;

XXV - apresentar à Comissão de Acompanhamento de Contrato mensalmente, ou sempre que solicitado, informações que possibilitem aferir o cumprimento dos requisitos previstos no ASSISTIR, em especial para atendimento ao previsto no art. 25, I, desta Portaria;

XXVI - garantir pleno acesso às instalações físicas e aos documentos pertinentes aos integrantes da SES, para fins de fiscalização e monitoramento da execução do Programa;

XXVII - dispor de infraestrutura física para o atendimento ambulatorial de acordo com a RDC n.º 50/2002 da ANVISA e legislação que venha a complementá-la ou substituí-la;

XXVIII - aplicar os parâmetros assistenciais definidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde/RS para a programação da assistência e do dimensionamento da capacidade operacional a ser disponibilizada;

XXIX - manter o alvará sanitário vigente e sua estrutura física, parque tecnológico de equipamentos e equipe de profissionais de saúde adequados ao porte institucional e aos tipos de serviços prestados;

XXX - manter atualizadas todas as informações contidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, inclusive dos serviços terceirizados;

XXXI - manter, em local visível ao público, placa indicativa contendo informações sobre a sua condição de integrante do Programa conforme regras de identificação visual do Governo do Estado, de que trata o art. 21 do Decreto 56.015/2021.

XXXII - quanto aos hospitais localizados em municípios que detenham a gestão hospitalar, remeter cópia do contrato ou do instrumento congênere firmado com o ente público e de todas eventuais alterações subsequentes, por meio eletrônico, ao DGAE ([incentivohosp@saude.rs.gov.br](mailto:incentivohosp@saude.rs.gov.br)).

**Art. 19.** Os hospitais habilitados no ASSISTIR que estejam temporariamente impossibilitados de prestarem os serviços considerados no cômputo do cálculo do valor do programa deverão notificar a SES:

I – no caso de UTI, porta de entrada (urgência e emergência) e maternidade, imediatamente, em até 24 horas.

II – nos demais casos, no prazo de 05 dias úteis, informando o plano de ação para regularização da situação, com a retomada do serviço e recuperação dos atendimentos.

**Art. 20.** Os hospitais que integram o ASSISTIR, independentemente da referência pactuada, não poderão negar o acesso ao paciente quando houver solicitação justificada pela gestão estadual do SUS.

**§1º** O preenchimento da Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento - DITA, sem justificativa técnica, por serviço com referência pactuada, também caracteriza negativa de acesso de que trata o “caput” deste artigo.

**§2º** O hospital que reiteradamente negar o acesso de que trata o “caput” deste artigo terá sua habilitação ao Programa cancelada, nos termos de ato regulamentar do Secretário da Saúde.

**Art. 21.** Os hospitais localizados em municípios com a gestão hospitalar própria, para receberem recursos do ASSISTIR, deverão disponibilizar os seus serviços para a gestão estadual da saúde, em conformidade com a pactuação das referências ou, em caso de urgência devidamente justificada, quando solicitados pela SES.

**Art. 22.** Os hospitais habilitados no ASSISTIR que pretendam desativar serviços considerados no cômputo do incentivo deverão notificar a SES, de forma fundamentada, com antecedência mínima de 60 (sessenta dias), dessa intenção, não podendo interromper unilateralmente os serviços sem prévia anuência da gestão estadual do SUS.

§ 1º O hospital deverá continuar prestando o serviço até que o atendimento dos usuários seja referenciado a outro hospital.

§ 2º Concluída a providência do § 1º deste artigo, o valor final do incentivo do ASSISTIR será recalculado.

**Art. 23.** São obrigações dos municípios com gestão do sistema hospitalar que possuam hospitais habilitados no ASSISTIR:

I - cumprir, fiscalizar e exigir a observância, pelos hospitais habilitados no seu território, das obrigações previstas nos artigos 18 a 22;

II - no caso dos municípios que possuam central própria de regulação, instituir a regulação compartilhada, conforme orientações do Departamento de Regulação Estadual da SES;

III - repassar os recursos estaduais recebidos pelo Fundo Municipal da Saúde relativos aos tipos de serviço incentivados aos hospitais que estejam habilitados sob sua gestão;

IV - fornecer os dados relativos à produção dos hospitais sob sua gestão em ato simultâneo à remessa destes ao Ministério da Saúde por meio eletrônico.

**Art. 24.** São obrigações da Secretaria da Saúde:

I - fiscalizar o cumprimento das obrigações dos hospitais habilitados e dos municípios que percebem recursos do Programa;

II - exarar recomendações e aplicar eventuais penalidades em caso de descumprimento das obrigações do Programa, garantido o direito ao contraditório e à ampla defesa;

III - proceder ao repasse regular do recurso aos hospitais e municípios habilitados, observando os termos dos respectivos contratos e Portarias;

IV - revisar periodicamente os tipos de serviços incentivados de acordo com critérios técnicos e indicadores epidemiológicos.

## DO PROCESSO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO

**Art. 25.** O processo administrativo de controle e fiscalização consiste no monitoramento dos requisitos previstos no Programa podendo ser iniciado:

I - pela Comissão de Acompanhamento do Contrato - CAC, prevista na Portaria SES n.º 727/2015, na Portaria de Consolidação MS n.º 02/2017 (artigo 32, Seção IV, Capítulo V, do Anexo 2 do Anexo XXIV - Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS) e nas normas que as substituírem;

II - pela Coordenadoria Regional de Saúde;

III - pela Direção do DGAE.

§ 1º Na hipótese do inciso I, a análise ocorrerá de forma ordinária, a cada três meses, por meio do relatório-padrão constante no Anexo 3 - Relatório padrão CAC da presente Portaria, que deverá ser remetido ao Departamento de Gestão da Atenção Especializada (DGAE) da SES, até o último dia útil do mês subsequente ao trimestre analisado.

§ 2º Na hipótese dos incisos II e III, a instauração do processo ocorrerá de ofício ou por provocação, quanto aos municípios que possuírem gestão própria do sistema hospitalar e/ou hospitais habilitados no Programa, com a finalidade de apurar eventual irregularidade ou descumprimento dos pressupostos para concessão e manutenção do incentivo e das obrigações previstas nos arts. 18 a 23 desta Portaria, utilizando-se, se for o caso, do relatório emitido pela CAC.

**Art. 26.** No caso de gestão municipal do sistema hospitalar, o Município deverá concentrar a remessa dos relatórios das Comissões de Acompanhamento do Contrato dos hospitais localizados no seu território para envio à respectiva CRS.

**Art. 27.** Na hipótese de as CACs não enviarem o relatório de que trata o art. 25, § 1º, os hospitais deverão encaminhar o relatório-padrão, na mesma periodicidade, firmado pelo administrador do Hospital, ao Departamento de Gestão da Atenção Especializada (DGAE).

**Parágrafo único.** Em não havendo atendimento ao dever previsto no *caput* deste artigo, no caso de ausência de remessa dos relatórios pelos hospitais ou pelas CACs, os hospitais habilitados serão notificados pela SES para que regularizem a conduta administrativa, sob pena de suspensão dos repasses dos valores previstos no Programa.

**Art. 28.** A CRS abrirá processo administrativo de apuração de irregularidade, independentemente da remessa à SES do relatório de que trata o artigo 25, §1º.

§1º Serão notificados para apresentar defesa, quanto aos fatos e fundamentos jurídicos das infrações eventualmente constatadas, o município que possuir gestão própria do sistema hospitalar e/ou o hospital habilitado no Programa.

§2º A defesa deverá ser apresentada na Coordenadoria Regional de Saúde no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da notificação.

§3º A Coordenadoria Regional de Saúde manifestar-se-á, no prazo de 10 (dez) dias úteis, em parecer da área técnica, sobre as condutas imputadas e os argumentos trazidos pelo notificado, declarando se houve retificação da conduta que ensejou a notificação, justificando a necessidade ou não de prosseguimento do processo de apuração de irregularidade, e remetendo, após homologação do respectivo Coordenador Regional, o processo para decisão do Diretor do Departamento de Gestão da Atenção Especializada - DGAE.

§4º A decisão do Diretor do DGAE poderá ser de arquivamento do procedimento de fiscalização, expedição de recomendação ao município e/ou hospital, cumulada ou não com a aplicação de sanção administrativa.

§5º Prolatada a decisão a que se refere o §4º, o processo retornará à CRS para notificação do autuado.

§6º No caso de aplicação de sanção, poderá ser interposto recurso administrativo da decisão perante à CRS, no prazo de cinco (05) dias úteis, a contar da data do recebimento da notificação, dirigido ao Secretário Estadual da Saúde.

**Art. 29.** A Direção do DGAE, de forma subsidiária à atuação da CRS ou por conveniência administrativa, abrirá processo administrativo de apuração de irregularidade, notificando diretamente o hospital ou município com gestão hospitalar própria, para que se manifeste, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da notificação, sobre os fatos e fundamentos jurídicos das infrações eventualmente constatadas, devendo eventual defesa ser protocolada junto à Coordenadoria Regional da Saúde.

**Parágrafo único.** Notificado o hospital ou município com gestão hospitalar própria, o processo será remetido à Coordenadoria Regional da Saúde, aplicando-se, a partir daí, o procedimento previsto no § 3º do artigo 28.

**Art. 30.** As notificações realizar-se-ão, sempre que possível, por meio eletrônico, e deverão conter:

- I - identificação do notificado e nome do órgão ou entidade administrativa;
- II - finalidade da notificação;
- III - indicação dos fatos e fundamentos legais pertinentes;
- IV - a aplicação de sanção para o caso de descumprimento da ordem, se houver;
- V – o prazo de 05 dias úteis para a apresentação de manifestação ou recurso, se for o caso.

§1º Quando não realizadas por meio eletrônico a critério da Administração, as notificações serão feitas aos interessados, aos seus representantes legais e aos eventuais advogados pelo correio ou, se pessoalmente, diretamente por servidor do órgão ou entidade administrativa.

§2º Presumem-se válidas as notificações dirigidas ao endereço, inclusive eletrônico, constante no contrato, ainda que não recebidas pessoalmente pelo interessado, fluindo os prazos a partir da juntada aos autos do comprovante de entrega da correspondência.

§ 3º O comparecimento espontâneo do interessado supre a falta ou a irregularidade da notificação.

## DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

**Art. 31.** Os hospitais habilitados e os municípios com gestão hospitalar própria, em razão das infrações cometidas às normas previstas nos artigos 18 a 23 desta Portaria, ficam sujeitos às seguintes sanções administrativas:

- I - desconto parcial do valor do incentivo, limitado a 50% do valor mensal previsto nos Tipos de Serviços afetados pela irregularidade, pelo período máximo de três meses;
- II - suspensão do incentivo, correspondente à ausência de repasse, em relação aos Tipos de Serviços a que se referem a infração, pelo período máximo de 3 (três) meses, ou até a sua regularização;
- III – desabilitação do tipo de serviço.

§1º O desconto parcial do valor do incentivo será aplicado nos casos de desatendimento a recomendações de que trata o §4º do artigo 28 ou, independentemente de recomendação prévia, pela infração às obrigações previstas nos artigos 18 a 23, quando consideradas de natureza leve, assim entendidas aquelas que resultarem de violações de requisitos formais.

§2º A suspensão do incentivo será aplicada no caso de reiteração de conduta que já tenha ensejado a aplicação da pena de desconto parcial ou pela infração às obrigações previstas nos artigos 18 a 23, quando consideradas de natureza média, assim entendidas aquelas que resultarem em prejuízo ou risco à qualidade de prestação do serviço incentivado, tendo em vista suas consequências para a saúde pública.

§3º A desabilitação do serviço será aplicada nos casos em que, após penalidade de suspensão, o Hospital permanecer praticando irregularidades que afetem o tipo de serviço habilitado, ou, independentemente de aplicação prévia de outra penalidade, nos

casos de infrações graves, que resultarem em dano ou potencial prejuízo para a saúde pública.

§4º Regularizado o serviço, não haverá pagamento retroativo referente ao período correspondente às sanções previstas nos incisos I a III deste artigo.

**Art. 32.** As sanções serão aplicadas após procedimento administrativo que possibilite a ampla defesa e o contraditório, de acordo com as peculiaridades do caso concreto e considerados os seguintes parâmetros e critérios:

- I - a gravidade e a natureza das infrações;
- II - a vantagem auferida ou pretendida pelo infrator;
- III - a reincidência;
- IV - o grau do dano;
- V - a cooperação do infrator;
- VI - a adoção reiterada e demonstrada de mecanismos e procedimentos internos capazes de minimizar o dano;
- VII - a pronta adoção de medidas corretivas;
- VIII - a proporcionalidade entre a gravidade da falta e a intensidade da sanção; e
- IX - os precedentes administrativos em casos semelhantes.

## DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

**Art. 33.** A instituição do programa de que trata esta Portaria observará as normas de transição previstas no Decreto n.º 56.015/2021.

**Art. 34.** O procedimento para a notificação de que trata o § 1º do art. 18 do Decreto 56.015/2021 observará o seguinte:

- I - encaminhamento por correio eletrônico (e-mail);
- II - envio ao endereço de correspondência eletrônica oficial (e-mail) constante no contrato com a SES e/ou previamente informado pelos municípios com gestão própria hospitalar e hospitais ou disponibilizado para contato nos respectivos sítios eletrônicos oficiais, dirigidas aos representantes dos hospitais e/ou Chefe do Poder Executivo Municipal.

§1º As notificações deverão fazer referência ao endereço eletrônico da SES/RS disponível para recebimento de eventual manifestação do notificado conforme § 2º do art. 18 do Decreto 56.015/2021.

§2º A notificação será considerada efetuada na confirmação de leitura ou recebimento enviada pelo correio eletrônico (e-mail).

§3º Caso o notificado não encaminhe o comprovante de leitura ou recebimento da correspondência eletrônica, no prazo de 2 (dois) dias corridos do envio, a notificação será considerada efetuada.

§4º O prazo para manifestação inicia no primeiro dia útil seguinte em que efetuada a notificação, nos termos dos §§ 2º e 3º.

§5º As notificações que eventualmente não puderem ser enviadas por meio eletrônico, deverão observar o disposto no § 1º do art. 30 desta Portaria.

**Art. 35.** As manifestações de que tratam o § 2º do art. 19 do Decreto 56.015/2021 deverão ser encaminhadas por correio eletrônico (e-mail) ao endereço eletrônico informado na notificação.

§ 1º É de inteira responsabilidade do remetente o teor e a integridade dos arquivos enviados, assim como a observância dos prazos.

§ 2º A tempestividade da manifestação será aferida pela data do recebimento dos dados pelo correio eletrônico da SES.

§ 3º Caso o notificado demonstre que a manifestação enviada ao endereço eletrônico indicado não foi recebida por ausência de espaço eletrônico disponível, nenhum prejuízo poderá lhe ser imputado.

§ 4º As manifestações encaminhadas pelo notificado via correio eletrônico (e-mail) funcional ou oficial serão consideradas por ele firmadas, não sendo necessário qualquer outro meio de prova quanto à autenticidade do remetente.

**Art. 36.** Os pagamentos decorrentes deste Programa serão efetuados até o último dia útil do mês subsequente à prestação de serviços para os hospitais contratualizados pela gestão Estadual e para os Municípios com gestão própria do sistema hospitalar, observados os requisitos do artigo 12.

**Art. 37.** Revogar as Portarias SES/RS nº 371/2008, 396/2008, 404/2008, 321/2009, 263/2012, 660/2012, 423/2013, 400/2014, 529/2014, 598/2015, 758/2015, 267/2017, 288/2017, 359/2017, 613/2019 e 89/2020.

**Art. 38.** Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, observados os seguintes critérios:

I – até a competência agosto de 2021, o valor dos incentivos será equivalente ao da competência de dezembro de 2020.

II – a partir da competência setembro de 2021, os pagamentos serão regidos pela regra de transição prevista no Decreto 56.015/2021.

## DOS ANEXOS

Constituem a presente Portaria os seguintes Anexos:

Anexo 1: Lista dos Tipos de Serviços (TS) incentivados

Capítulo I: Fatores de cálculo por Tipo de Serviço e respectiva classificação: Peso e UR

Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial (SD)

Capítulo III: Descrição técnica por TS e SD

Anexo 2: Relatório da CAC

Porto Alegre, 03 de agosto de 2021.

ARITA BERGMANN,  
Secretária da Saúde

**Republicado por haver constado com incorreção no Diário Oficial Eletrônico do Estado nº 155, 3ª edição, de 3 de agosto de 2021.**

**Anexo 1- PORTARIA SES Nº 537/2021**

Lista dos Tipos de Serviços (TS) incentivados

**SUMÁRIO****Sumário**

Capítulo I: Fatores de cálculo por Tipo de Serviço e respectiva classificação: Peso e UR .....	3
Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial (SD).....	5
Capítulo III: Descrição técnica por TS e SD.....	6
TIPOS DE SERVIÇO.....	6
1- AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO – AGAR.....	6
2- AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS E AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES PRIORITÁRIAS.....	11
A) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM DERMATOLOGIA.....	13
B) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM TRAUMATO/ ORTOPEDIA .....	14
C) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA GERAL.....	15
D) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA .....	17
E) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA LITOTripsia.....	18
F) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL .....	19
G) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ODONTOLOGIA HOSPITALAR PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA .....	20
H) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ENDOCRINOLOGIA.....	25
I) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GASTROENTEROLOGIA .....	26
J) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA .....	27
K) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GENÉTICA.....	28
L) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GINECOLOGIA.....	29
M) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEUROLOGIA ADULTO .....	31
N) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES EM NEUROLOGIA INFANTIL .....	32
O) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CARDIOLOGIA .....	33
P) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA .....	34
Q) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES EM OFTALMOLOGIA com tratamento em RD (Retinopatia Diabética) e DMRI (Degeneração Macular relacionada à Idade).....	36
R) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OTORRINOLARINGOLOGIA .....	38
S) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PNEUMOLOGIA.....	39
T) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA TORÁCICA .....	40
U) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM COLOPROCTOLOGIA (PROCTOLOGIA).....	41

V)	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM REUMATOLOGIA.....	42
W)	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PLÁSTICA REPARADORA .....	43
X)	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA VASCULAR.....	44
Y)	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA BARIÁTRICA.....	45
Z)	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR.....	47
AA)	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE PÓS COVID.....	48
3-	AMBULATÓRIO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA ADULTOS, PESSOAS IDOSAS E LESÕES DE PELE.....	53
4-	AMBULATÓRIO DE EGRESO DE UTI NEONATAL .....	57
5-	HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE (HPP).....	65
6-	LEITOS DE SAÚDE MENTAL .....	66
7-	LEITOS DE SAÚDE PRISIONAL .....	75
8-	LEITOS DE UTI E UCI .....	75
9-	MATERNIDADE DE ALTO RISCO .....	77
10-	MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL .....	79
11-	EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS NAS UNIDADES ONCOLÓGICAS .....	83
12-	PORTE DE ENTRADA HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	85
	SUPLEMENTARES DIFERENCIAIS .....	89
A)	AMBULATÓRIO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	89
B)	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CASOS AGUDOS EM HEMATOLOGIA .....	90
C)	FORMAÇÃO RAPS ESCOLA .....	91
D)	HOSPITAL PÚBLICO COM ATÉ 99 LEITOS E HOSPITAL PÚBLICO COM MAIS DE 100 LEITOS .....	92
E)	INTERNAÇÃO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SAÚDE MENTAL .....	93
F)	LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL .....	93
G)	PRONTO SOCORRO .....	93
H)	TRANSPLANTES .....	94

**Capítulo I: Fatores de cálculo por Tipo de Serviço e respectiva classificação:  
Peso e UR**

<b>Tipo de Serviço</b>	<b>Classificação do TS</b>	<b>Peso</b>	<b>Unidade de Referência</b>
1. Ambulatório de Gestante de Alto Risco - AGAR	Tipo I	360	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III
	Tipo II	456	
2. Ambulatório de Especialidades Cirúrgicas	01 ambulatório	840	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III
	02 ambulatórios	1.680	
	03 ambulatórios	2.520	
	04 ambulatórios	3.360	
	05 ambulatórios	4.200	
	06 ambulatórios	5.040	
	07 ambulatórios	5.880	
	08 ambulatórios	6.720	
	09 ambulatórios	7.560	
	10 ambulatórios	8.400	
3. Ambulatório de Especialidades Clínicas	01 ambulatório	840	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III
	02 ambulatórios	1.680	
	03 ambulatórios	2.520	
	04 ambulatórios	3.360	
	05 ambulatórios	4.200	
	06 ambulatórios	5.040	
	07 ambulatórios	5.880	

	08 ambulatórios	6.720	
	09 ambulatórios	7.560	
	10 ambulatórios	8.400	
4. Ambulatório de Crônicos, Idosos e Lesões de Pele	--	840	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III
5. Ambulatório de Egresso de UTI Neonatal	--	240	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III
6. Ambulatório de Especialidades Prioritárias	Oftalmologia	0,76	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, I
	Cirurgia Geral	1,9	
	Traumato ortopedia	2,10	
	Urologia	2,00	
7. HPPs - Hospitais de Pequeno Porte	--	360	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III.
8. Leitos de Saúde Mental	--	18	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, II
9. Leitos de Saúde Prisional	--	62,04	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, II
10. Leitos de UCI e UTI	--	50	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, II
11. Maternidade de Alto Risco	--	300	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III
12. Maternidade de Risco Habitual	--	0,83	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, I
13. Oncologia	--	0,1	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, I
14. Porta de Entrada - RUE	Geral I	480	Decreto nº 56.015/2021

	Geral II	840	Art. 7º, § 3º, III
	Geral III	1.200	
	Especializado I	2.400	
	Especializado II	3.600	

**Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial (SD)**

SD	Percentual adicional sobre o VITS	Base de Cálculo do SD
1. Ambulatório da Pessoa com Deficiência	75	Incide sobre o valor equivalente a 01 (um) Ambulatório de Especialidades Cirúrgicas (TS n. 2, Capítulo I deste Anexo)
2. Atendimento de Urgência e Emergência de casos agudos em Hematologia	30	Incide sobre o valor equivalente à classificação da Porta de entrada - RUE (TS n. 14, Capítulo I deste Anexo)
3. Formação RAPS Escola	20	Incide sobre o valor equivalente ao número de Leitos de Saúde Mental (TS n. 8, Capítulo I deste Anexo)
4. Hospital Público com até 99 leitos	10	Incide sobre o valor equivalente a todos os Tipos de Serviços que o hospital está habilitado a receber
5. Hospital Público acima de 100 leitos	15	Incide sobre o valor equivalente a todos os Tipos de Serviços que o hospital está habilitado a receber
6. Internação de criança e adolescente em leitos de saúde mental	200	Incide sobre o valor equivalente ao número de Leitos de Saúde Mental (TS n. 8, Capítulo I deste Anexo)
7. Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral	170	Incide sobre o valor equivalente ao número de Leitos de Saúde Mental do hospital beneficiário (TS n. 8 Capítulo I deste Anexo)

8. Maternidade Completa	300	Incide sobre o valor equivalente à classificação AGAR (TS n. 1, Capítulo I deste Anexo)
9. Pronto Socorro	30	Incide sobre o valor equivalente à classificação da Porta de entrada - RUE (TS n. 14, Capítulo I deste Anexo)
10. Transplante - Captadores de Órgãos	10	Incide sobre o valor equivalente ao número de Leitos de UCI e UTI (TS n. 10, Capítulo I deste Anexo)
11. Transplante - OPO Cirúrgica	20	Incide sobre o valor equivalente ao número de Leitos de UCI e UTI (TS n. 10, Capítulo I deste Anexo)
12. Transplante - OPO	10	Incide sobre o valor equivalente ao número de Leitos de UCI e UTI (TS n. 10, Capítulo I deste Anexo)

- O pagamento de Suplementar Diferencial pela prestação de diferentes Tipos de Serviço é calculado de forma independente e autônoma, restando vedada, para o cômputo do percentual adicional, a incidência sobre outro SD que um mesmo hospital esteja habilitado a receber, conforme disposto no parágrafo único do artigo 15.

### **Capítulo III: Descrição técnica por TS e SD**

Para que percebam o incentivo previsto nesta Portaria, os hospitais deverão observar, além do disposto na presente Portaria, nas demais normas que regem o programa, nas notas técnicas, protocolos e notas informativas da SES, os seguintes critérios técnicos específico a cada Tipo de Serviço incentivado:

#### **TIPOS DE SERVIÇO**

##### **1- AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO – AGAR** (Item 1 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)

Ambulatório integrante da Rede de Atenção Materno – Infantil do RS que oferece:

- a) atendimento multiprofissional às gestantes de alto risco ou que necessitem acompanhamento periódico devido a doenças prévias ou próprias da gestação e
- b) ações de matriciamento com a Atenção Primária que realiza pré-natal de risco habitual e/ou de alto risco.

### **1.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos:**

- realizar atendimento multiprofissional em regime ambulatorial às gestantes de alto risco ou que necessitem acompanhamento periódico devido a doenças prévias ou próprias da gestação. O atendimento deve ser de forma compartilhada pelas equipes da APS, na modalidade interdisciplinar de atenção contínua, de acordo com as competências e atribuições de cada categoria profissional
- estabelecer fluxos com Serviços Hospitalares de referência à gravidez de alto risco, em acordo com os parâmetros assistenciais e referências pactuadas com possíveis atualizações da mesma e portarias estaduais que venham a completá-la.
- realizar ações de capacitação e apoio matricial/matriciamento da Rede de Atenção que realiza pré-natal, auxiliando na condução do pré-natal de risco habitual e de alto risco nos demais níveis de atenção, em particular na atenção primária.
- adotar o desenho de referências regionalizadas conforme pontuação CIR e da linha de cuidado da Rede da Atenção Materno-Infantil do RS.
- utilizar as diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas recomendadas/adotadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde-RS e instituir a classificação de risco da gestação de acordo com as diretrizes do Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, de outubro de 2010, ou atualizações do mesmo.
- adotar o desenho da linha de cuidado da Rede Cegonha no RS como modelo da linha de cuidado do AGAR, devendo estar vinculado a uma maternidade de alto risco, que deverá ser a referência de atendimento ao parto e intercorrências obstétricas gestacionais nas pacientes que não preencherem critérios de alta do ambulatório de Gestação de alto risco;
- garantir acesso aos exames necessários para atenção integral no alto risco, conforme recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS.
- utilizar os critérios de encaminhamento da atenção básica para o AGAR, bem como para classificação de prioridade, que constam na Nota Técnica do Pré-natal na Atenção Básica, RESOLUÇÃO Nº 022/19-CIB/RS, e no Protocolo de Encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco) do TELESSAÚDE/UFRGS/RS de 2019 e da Regulação Estadual, e as atualizações dos mesmos.
- realizar o registro do atendimento no prontuário, caderneta da gestante, formulários, encaminhamentos, laudos.

- participar dos comitês de mortalidade infantil, fetal e materno, colegiados de maternidade, Grupo Condutor da Rede Cegonha, Fóruns Perinatais e outros espaços intra e intersetoriais.
- estabelecer o SISPRENATAL, ou outro sistema oficial com capacidade de integração de dados, mantendo versão atualizada, como sistema de acompanhamento das gestantes de alto risco.
- realizar monitoramento de resultados e indicadores em consonância com as metas pactuadas para contribuir na redução da morbimortalidade materna e infantil.

### **1.2 Parâmetros Assistenciais**

Realizar atendimento multiprofissional em regime ambulatorial às gestantes de alto risco ou que necessitem acompanhamento periódico devido a doenças prévias ou próprias da gestação. O atendimento deve ser de forma compartilhada pelas equipes da APS, na modalidade interdisciplinar de atenção contínua, de acordo com as competências e atribuições de cada categoria profissional.

O serviço deve estabelecer os fluxos com Serviços Hospitalares de referência à gravidez de alto risco, em acordo com os parâmetros assistenciais e referências pactuadas com possíveis atualizações da mesma e portarias estaduais que venham a completá-la.

Deve ainda realizar ações de capacitação e apoio matricial/matriciamento da Rede de Atenção que realiza pré-natal, auxiliando na condução do pré-natal de risco habitual e de alto risco nos demais níveis de atenção, em particular na atenção primária, entendendo por apoio matricial (matriciamento) um dispositivo de intervenção junto à atenção básica, pautado pela noção de território, intersetorialidade, integralidade, considerando o trabalho organizado pelo princípio da responsabilidade compartilhada entre a equipe de referência e os AGAR, com o estabelecimento da continuidade na atenção em saúde da gestante, e o matriciamento se configura como suporte técnico especializado que é oferecido a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

### **1.3 Classificação e equipe mínima**

Quanto à formação da equipe assistencial, o ambulatório será classificado em AGAR tipo I ou tipo II.

EQUIPE	AGAR Tipo I	AGAR Tipo II
Equipe Multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfermeiro com a carga horária mínima de 40 horas semanais</li> <li>-Assistente Social com a carga horária mínima de 08 horas semanais</li> <li>-Psicólogo com a carga horária mínima de 08 horas semanais</li> <li>-Nutricionista com a carga horária mínima de 08 horas semanais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfermeiro com a carga horária mínima de 40 horas semanais</li> <li>-Assistente Social com a carga horária mínima de 08 horas semanais</li> <li>-Psicólogo com a carga horária mínima de 08 horas semanais</li> <li>-Nutricionista com a carga horária mínima de 08 horas semanais</li> </ul>
Obstetra com experiência no atendimento à gestante de alto risco por turno de serviço	Mínimo de 40 horas semanais	Mínimo de 40 horas semanais
Clínico Geral	Mínimo de 08 horas semanais	Mínimo de 08 horas semanais
4 Médicos em Medicina Fetal, Endocrinologia e Cardiologia	Não necessário	Necessário
Mais dois profissionais (Neurologista, Geneticista, Fisiatria, Fisioterapeuta, Educador Físico ou outro)	Não necessário	Possibilidade
Consultas médicas com obstetra	Mínimo de 70 primeiras consultas e 3.050 consultas de retorno ou acompanhamento no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual, respeitando a carga horária mínima semanal de 40 horas e 06 consultas por turno por profissional.	Mínimo de 70 primeiras consultas e 3.050 consultas de retorno ou acompanhamento no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual, respeitando a carga horária mínima semanal de 40 horas e 06 consultas por turno por profissional.
Consultas médicas com clínico geral	Mínimo de 832 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual, respeitando a carga horária mínima semanal de 08 horas e 08	Mínimo de 832 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual, respeitando a carga horária mínima semanal de 08 horas e 08

	consultas por turno por profissional.	consultas por turno por profissional.
Consultas multiprofissionais	Mínimo de 8.400 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual.	Mínimo de 8.400 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual.
Diagnóstico e tratamentos	02.11.04.006-1 - tococardiografia ante-parto 02.05.02.014-3 - ultrassonografia obstétrica 02.05.02.015-1 - ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado 02.11.02.003-6 - eletrocardiograma 02.02.02.002-9 - contagem de plaquetas 02.02.01.069-4 - dosagem de ureia 02.02.09.008-6 - dosagem de creatinina 02.02.01.012-0 - dosagem de ácido úrico 02.02.01.061-9 - dosagem de proteínas totais 02.02.01.007-4 - determinação de curva glicêmica clássica (5 dosagens)	02.11.04.006-1 - tococardiografia ante-parto 02.05.02.014-3 - ultrassonografia obstétrica 02.05.02.015-1 - ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado 02.11.02.003-6 - eletrocardiograma 02.02.02.002-9 - contagem de plaquetas 02.02.01.069-4 - dosagem de ureia 02.02.09.008-6 - dosagem de creatinina 02.02.01.012-0 - dosagem de ácido úrico 02.02.01.061-9 - dosagem de proteínas totais 02.02.01.007-4 - determinação de curva glicêmica clássica (5 dosagens)

- a) Os exames de risco habitual são de responsabilidade e organização pela gestão municipal e estão publicizados na Resolução CIB nº 022/2019 (Nota técnica) e atualizações da mesma;
- b) exames complementares serão necessários para o cuidado integral de algumas gestantes, sendo responsabilidade do serviço realizá-lo. A inclusão de outros exames/procedimentos, bem como seus quantitativos poderão ser revistos, conforme necessidade de saúde das gestantes e considerando as complexidades do AGAR tipo I e AGAR tipo II;
- c) exames de apoio e diagnóstico mínimos estão descritos na Portaria no 1631 de 2015, nos Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil para as gestantes de alto risco, na PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011.

#### **1.4 Requisitos à solicitação de habilitação**

- além da documentação comum a todas especialidades, a solicitação deve conter Plano de Trabalho do AGAR, contemplando os seguintes itens:

- a) Declaração emitida pelo serviço solicitante à habilitação como AGAR, especificando se tipo I ou II;
- b) Nome completo com respectivo nº de registro, carga horária e função de cada integrante da equipe técnica do AGAR, em consonância às informações constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (CNES);
- c) Cópia atualizada do CNES do serviço;
- d) Identificação dos serviços hospitalares de retaguarda com CNES respectivo para encaminhamento a (I) leitos hospitalares de gestante de alto risco, (II) referência ao parto, (III) internações clínicas, (IV) internações em UTI neonatal e (V) internações em UTI adulto;
- e) No caso de AGAR I, identificar o AGAR II de referência, quando da necessidade de encaminhamentos, durante o acompanhamento pré-natal;
- f) Descrição da região de cobertura pretendida com o AGAR, contendo os municípios com suas estimativas de gestantes de alto risco;
- g) Descrição de análise situacional das gestantes de alto risco na área de cobertura, com as ações/atividades programadas e metas propostas, referentes aos indicadores de avaliação do AGAR;
- h) Declaração de disponibilidade de vagas à Central de Marcação de Consulta Ambulatorial Estadual ou Municipal de todas as primeiras consultas, sendo estas 10% do total de consultas ofertadas pelo AGAR; as consultas de acompanhamento - 90 % do montante de consultas do AGAR - serão reguladas pelo próprio serviço;

#### **2- AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS E AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES PRIORITÁRIAS (Itens 2, 3 e 6 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)**

Os Ambulatórios de Especialidades (AE) de atenção especializada são de caráter eletivo, implantados em unidades hospitalares, classificados em diferentes níveis de resolutividade e especificidade, e visam promover a garantia do acesso com qualidade, a integralidade e a continuidade do cuidado, fortalecendo a atenção secundária e terciária, oferecendo diagnóstico, terapêutica e reabilitação.

Compete ainda aos prestadores incentivados no Tipo de Serviço Ambulatório de Especialidades, atender às solicitações da regulação estadual para transferência inter-

hospitalar de pacientes internados que necessitem de atendimento e realização de procedimentos nas especialidades contempladas para o seu hospital.

As especialidades consideradas como prioritárias terão o cálculo do seu TS pela produção cirúrgica aprovada nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde no ano de 2019, sendo que na especialidade de Oftalmologia, será utilizada a produção aprovada do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA e nas especialidades de Urologia, Cirurgia Geral e Traumato-Ortopedia, será utilizada a produção aprovada do Sistema de Informações Hospitalares - SIH, todavia, caso a produção aprovada de qualquer uma destas especialidades perfaça um valor inferior ao valor atribuído ao ambulatório de especialidades, o valor para composição do incentivo será sempre o de maior monta.

### **1.5 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos:**

- disponibilizar mensalmente, no mínimo 20% a agenda para as primeiras consultas, à regulação estadual e municipal, sendo a ausência do prestador caracterizada como negativa de acesso;
- manter a lista de espera para cirurgia atualizada no sistema GERINT;
- preencher a Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento (DITA) quando houver impossibilidade de acolher o encaminhamento configurando-se uma negativa de acesso;

### **1.6 Parâmetros Assistenciais**

Os ambulatórios devem oferecer ações e procedimentos, atendendo aos principais agravos de saúde da população do Rio Grande do Sul, disponibilizando, obrigatoriamente, equipe multiprofissional especializada, módulos de apoio diagnóstico, tratamento e referência aos serviços de reabilitação. Esses serviços devem ter estrutura física, recursos humanos e equipamentos compatíveis com os processos assistenciais a serem implantados.

Em relação ao atendimento de pediatria, os critérios estão disciplinados nas especialidades contempladas.

Entendem-se como prerrogativa de cirurgiões pediátricos as correções de má formação congênita nas respectivas especialidades. Situações de cirurgia de urgência devem ser resolvidas pelas especialidades médicas correspondentes.

Para manutenção da habilitação ao ASSISTIR o estabelecimento de saúde deverá realizar mínimo de 90% das consultas médicas e dos demais membros da equipe

multiprofissional e mínimo de 80% das cirurgias, conforme estabelecido para cada especialidade.

### **1.7 Requisitos específicos à solicitação de habilitação**

Possuir Projeto Assistencial do ambulatório de especialidade, contendo:

- a) descrição da especialidade com respectivos protocolos adotados pela unidade e procedimentos a serem oferecidos com seus respectivos códigos;
- b) descrição da equipe multiprofissional, com os respectivos registros, carga horária e comprovação das especialidades;
- c) lista dos equipamentos que a instituição possui, conforme a necessidade da especialidade a ser habilitada;
- d) serviços de referência para os demais pontos de atenção na rede;
- e) declaração de que realizará o mínimo de 90% das consultas médicas e dos demais membros da equipe multiprofissional e mínimo de 80% das cirurgias, conforme estabelecido para cada especialidade.

### **1.8 Classificação: Especialidades que serão contempladas nos ambulatórios:**

#### **A) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM DERMATOLOGIA**

Este serviço deverá realizar avaliação integral em diferentes situações de pele, cabelos e unhas. A assistência ao paciente deverá contar com atendimentos ambulatoriais como consultas especializadas em dermatologia, exames diagnósticos e procedimentos ambulatoriais de pequeno porte. O atendimento será ofertado a pacientes adultos e pediátricos.

Os casos diagnosticados como tumores de pele que não podem ser resolvidos pelo serviço deverão ser encaminhados à Unidade Oncológica de referência.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico dermatologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais -Equipe de enfermagem
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês
Diagnóstico e tratamentos	02.04 - Exames laboratoriais 02.03 –cito/histopatologia 02.01.01.037-2 - biopsia de pele e partes moles

	02.01.01.002-0 - biopsia / punção de tumor superficial da pele
Cirurgias	Procedimentos ambulatoriais como: biópsia, eletrocirurgia, curetagem, criocirurgia, infiltração intralesional, barbierese.
Procedimentos avaliados	03.01.01.007-2 – CBO Dermatologista
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço que atenda cirurgia geral, cirurgia plástica ou oncologia.  Contrarreferência para a atenção primária.

## B) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM TRAUMATO/ ORTOPEDIA

Este serviço deverá atender as patologias do aparelho musculoesquelético, em caráter eletivo, inclusive àquelas classificadas como de 2º tempo do trauma, com equipe especializada, diagnóstico laboratorial e por imagem, tratamento cirúrgico e conservador e reabilitação.

A unidade deverá atender adultos, adolescentes e crianças. Os casos de malformação congênita (pé torto congênito, escoliose...) e adquiridas em crianças e adolescentes deverão ser encaminhados ao Serviço Alta Complexidade de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica de referência.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Médico traumato/ortopedista com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais</li> <li>-Fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais</li> <li>-Equipe de enfermagem</li> <li>-Técnico de gesso.</li> </ul>
Consultas médicas	Mínimo de 210 consultas/mês com cirurgião e 30 consultas com anestesista
Diagnóstico e tratamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>02.02 - Exames laboratoriais</li> <li>02.04 - RX</li> <li>02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma</li> </ul>

	02.05 - Ultrassonografia 02.07 - RNM (pode ser terceirizado) 02.06 - Tomografia Computadorizada (pode ser terceirizado)
Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica
Procedimentos avaliados	04.08 - Cirurgia do sistema osteomuscular e formas de organização conforme a subespecialidade. 03.01.01.007-2 – CBO Traumato/ortopedista
Referência/Contrarreferência	Referência: Procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia, o serviço deverá ter referência em unidade de alta complexidade em traumato/ortopedia. Unidade de Alta complexidade em Traumato/Ortopedia Contrarreferência: atenção primária.

O serviço de traumato/ortopedia deverá atender no mínimo, duas subespecialidades e garantir os exames diferenciais indicados no quadro abaixo:

SUBESPECIALIDADE	EXAMES DIFERENCIAIS
04.08.01 – Cintura Escapular	ENMG, videoartroscopia.
04.08.02 – Membros Superiores	ENMG
04.08.03 – Coluna Vertebral e Caixa Torácica	Não possui
04.08.04 – Cintura Pélvica	Não possui
04.08.05 – Membros Inferiores	ENMG, videoartroscopia.
04.08.06 - Gerais	Não possui

### C) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA GERAL

Este Serviço deverá oferecer consultas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, de forma multidisciplinar, e intervenções cirúrgicas a hérias da parede abdominal, doenças do aparelho digestivo, tumores de pele e tecidos moles, nódulos da glândula

tireoide, com avaliação pré-operatória. O atendimento será ofertado a pacientes adultos e pediátricos.

Pode oferecer também a Vasectomia, porém o serviço tem que ter a habilitação – 1902 – Vasectomia.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Médico cirurgião geral, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais  -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 210 consultas/mês com médico cirurgião geral e 30 consultas com anestesista.
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais  02.04 - RX  02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma  02.05 - Ultrassonografia
Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica
Procedimentos avaliados	04.07 – Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal  04.02.01 – Cirurgia de tireóide e paratireóide  04.01.02 – Cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa  04.09.04.024-0 – vasectomia (Se o serviço for habilitado para vasectomia)  03.01.01.007-2 – CBO Cirurgião geral
Referência/Contrarreferência	Referência: Procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia.  Contrarreferência: atenção primária

## D) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA

Este Serviço de Urologia atua na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças do aparelho geniturinário, nas áreas de uro-oncologia, uroginecologia, andrologia, cirurgias minimamente invasivas como endoscopias e laparoscopias, em pacientes de ambos os sexos e em todas as faixas etárias.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA/CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	<p>-Médico cirurgião Urologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais</p> <p>-Equipe de enfermagem</p>
Consultas médicas	Mínimo de 210 consultas/mês com urologista e 30 consultas com anestesista.
Diagnóstico e tratamentos	<p>02.02 - Exames laboratoriais</p> <p>02.09.02.001-6 - Cistoscopia</p> <p>02.11.09.001-8 - Estudo urodinâmico</p> <p>02.11.09.007-7 - Urofluxometria livre</p> <p>02.04.05.017-0 - Uretrocistografia miccional</p> <p>02.04.05.018-9 - Urografia excretora</p> <p>02.11.09.002-6 - Cateterismo de uretra</p> <p>02.05 - Ultrassonografia</p> <p>02.05.02.011-9 - US Próstata transretal com biópsia de próstata – 02.01.01.041-0.</p> <p>02.06 - Tomografia abdômen total</p>
Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica
Procedimentos Avaliados	<p>04.09 - Cirurgia do aparelho geniturinário</p> <p>03.01.01.007-2 – CBO médico Urologista</p> <p>02.05.02.011-9 - US Próstata transretal com biópsia de próstata – 02.01.01.041-0.</p>

Referência/Contrarreferência	<p>Referência: Procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia.</p> <p>Unidade de Alta complexidade em Oncologia</p> <p>Contrarreferência: atenção primária</p>
------------------------------	---

## E) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA LITOTripsIA

Este serviço de Litotripsia atenderá os casos de litíase do trato urinário, realizando Litotripsia extracorpórea (LECO) ou Ureterolitotripsia endoscópica. Deve possuir no CNES o Serviço Especializado – 169 - Atenção em Urologia – 002 Litotripsia.

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIDADE CIRÚRGICA</b>
Equipe Multiprofissional	<p>-Médico urologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 20 horas</p> <p>-Equipe de enfermagem.</p>
Consultas médicas	Mínimo de 120 consultas/mês com cirurgião
Diagnóstico e tratamentos	<p>02.04.05.013-8 - RX simples de abdômen</p> <p>02.05.02.005-4 - Ultrassonografia do trato urinário</p> <p>02.06.03.003-7 - Tomografia do abdômen</p> <p>02.04.05.018-9 - Urografia excretora</p>
Procedimentos	Mínimo de 30 procedimentos mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica se necessário
Procedimentos Avaliados	<p>03.01.01.007-2 – CBO Urologista</p> <p>03.09.03.010-2 - Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque - Tratamento Subsequente em 1 Região Renal)</p> <p>03.09.03.012-9 Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque Parcial/Completa 1 Região Renal)</p> <p>03.09.03.013-7 Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque Parcial/Completa 2 Região Renal)</p> <p>03.09.03.011-0 Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque -</p>

	Tratamento Subsequente em 2 Região Renal) 03.09.03.018-9 Litotripsia 04.09.01.059-6 Urerterolitotripsi transureteroscópica
Referência/Contrarreferência	Contrarreferência: atenção primária

## F) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

Serviço que atua como referência ambulatorial nas especialidades odontológicas de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial e Estomatologia.

O serviço deverá oferecer, por meio de equipe especializada, atendimento para pacientes com patologias maxilofaciais, com necessidade de cirurgia para correção de deformidades e assimetrias craniofaciais, distúrbios da articulação temporo-mandibular, traumatismos faciais, lesões bucais, doenças infecciosas com manifestações bucais, de doenças sistêmicas e sequelas de tratamentos oncológicos, com necessidade de biópsias, cirurgia oral menor (dentes impactados, pequenos tumores, cistos, lesões periapicais ou parodontais, frenectomia, doenças das glândulas salivares), lesões bucais com suspeita de neoplasia e demais situações clínicas inerentes às especialidades.

O atendimento será ofertado a pacientes adultos e pediátricos.

Os casos de fendas palatinas e labiais serão atendidos pelos Serviços Alta Complexidade em Malformação Craniofacial de referência.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Cirurgião Bucomaxilofacial, com mínimo de 2 cirurgiões, com carga horária mínima de 20 horas semanais -Médico Anestesiologista -Equipe de enfermagem -Fonoaudiólogo
Diagnóstico e tratamentos	Avaliação clínica pré-operatória, exames de imagem (RX extra oral- Panorâmico e RX intrabucais – periapical e interproximal). 02.02 - Laboratório de análises clínicas 02.06 - Tomografia Computadorizada

	02.04 - Raio X
Procedimentos e Cirurgias	Mínimo de 30 procedimentos cirúrgicos mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica.
Procedimentos Avaliados	04.14 – Bucomaxilofacial 03.01.01.004-8 – CBO Bucomaxilofacial
Consultas	Mínimo de 120 consultas com Bucomaxilofacial
Faixa etária de atendimento	Todas as Faixas etárias
Referência/Contrarreferência	Contrarreferência: atenção primária
Normatização	Conforme Legislação Vigente e Notas Técnicas SES – validação DAS/ Saúde Bucal

## G) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ODONTOLOGIA HOSPITALAR PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Este Serviço realiza procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar, sob anestesia geral ou sedação, em Pessoas com Deficiência que não possam ser submetidas à situação odontológica ambulatorial convencional, cuja condição de estar em ambiente hospitalar favorece ao suporte médico para eventuais doenças sistêmicas associadas à deficiência em questão. Além deste suporte profissional, a disponibilidade de equipamentos e exames complementares da unidade hospitalar permite o manejo da pessoa com deficiência com maior segurança, em condições específicas.

O tratamento odontológico disponibilizado no Serviço de Odontologia Hospitalar para Pessoas com Deficiência constitui-se de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e reabilitadoras em saúde bucal, inseridas em atuação em equipe multidisciplinar. A oferta inclui procedimentos de atenção básica, além de alguns procedimentos especializados de endodontia, periodontia e cirurgia oral menor, conforme o quadro a seguir, com nomes e códigos.

Código	Nome do Procedimento
01.01.02.006-6	Aplicação de selante (por dente)

01.01.02.007-4	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)
01.01.02.009-0	Selamento provisório de cavidade dentária
02.01.01.052-6	Biópsia dos tecidos moles da boca
03.07.01.001-5	Capeamento pulpar
03.07.01.002-3	Restauração de dente decíduo
03.07.01.003-1	Restauração de dente permanente anterior
03.07.01.004-0	Restauração de dente permanente posterior
03.07.01.005-8	Tratamento de nevralgias faciais
03.07.02.001-0	Acesso a polpa dentária e medicação (por dente)
03.07.02.002-9	Curativo de demora c/ ou s/ preparo Biomecânico
03.07.02.003-7	Obturação de dente decíduo
03.07.02.004-5	Obturação em dente permanente birradicular
03.07.02.005-3	Obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes
03.07.02.006-1	Obturação em dente permanente unirradicular
03.07.02.007-0	Pulpotomia dentária
03.07.03.002-4	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)
03.07.03.003-2	Raspagem corono-radicular (por sextante)
04.01.01.003-1	Drenagem de abscesso

04.01.01.008-2	Frenectomia
04.04.02.009-7	Excisão e sutura de lesão na boca
04.04.02.010-0	Excisão em cunha do lábio
04.14.02.007-3	Curetagem periapical
04.14.02.012-0	Exodontia de dente decíduo
04.14.02.013-8	Exodontia de dente permanente
04.14.02.014-6	Exodontia múltipla c/ alveoloplastia por sextante
04.14.02.015-4	Gengivectomia (por sextante)
04.14.02.016-2	Gengivoplastia (por sextante)
04.14.02.017-0	Glossorrafia
04.14.02.020-0	Marsupialização de cistos e pseudocistos
04.14.02.021-9	Odontosecção / radilectomia / tunelização
04.14.02.024-3	Reimplante e transplante dental (por elemento)
04.14.02.027-8	Remoção de dente retido (incluso / impactado)
04.14.02.029-4	Remoção de tórus e exostoses
04.14.02.037-5	Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante)
04.14.02.038-3	Tratamento de alveolite
04.14.02.040-5	Uliotomia/ulectomia

As solicitações de encaminhamento devem ser feitas através de documento de referência com os dados do usuário, CID da deficiência, descrição do caso, justificativas do insucesso do atendimento ambulatorial e necessidades odontológicas observadas pelo cirurgião-dentista assistente e tendo o risco classificado, conforme a Nota Técnica DAPPS/Saúde Bucal.

**Protocolo de atendimento no Serviço de Odontologia Hospitalar para Pessoas com Deficiência**

**1º passo – Consulta de avaliação inicial do paciente:**

Profissionais: Equipe de Odontologia (Cirurgião-Dentista e Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal).

Equipamentos: consultório odontológico com equipe para avaliação ambulatorial.

Exame clínico odontológico: composto pelo exame físico e anamnese- história médica, medicações em uso e antecedentes alérgicos.

Avaliação pré-operatória: solicitação de exames laboratoriais que se julgarem necessários- Ex: ureia, creatinina, hemograma completo, coagulograma completo, raio-X de tórax prévio ao procedimento, eletrocardiograma para pacientes acima de 50 anos ou para pacientes que apresentem alterações cardíacas pré-existentes.

Instruções verbais e escritas ao paciente e/ou responsável pelos procedimentos pré, trans e pós-operatórios.

Assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável.

Orientações alimentares (jejum absoluto de 10 horas).

Agendamento da data do procedimento em bloco cirúrgico pelo hospital.

**2º passo – Atendimento em bloco cirúrgico:**

Profissionais: Equipe de Odontologia (Cirurgião-Dentista e Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal), Anestesista e Equipe de enfermagem.

Equipamentos: Propiciados pelo hospital, faz-se necessário um centro cirúrgico completo desde oxímetro até carro de parada cardiorrespiratória, equipo odontológico, instrumentos manuais e rotatórios, fotopolimerizador, aspirador de secreções, equipamento para raspagem com ultra-som, abridores de boca, além de todo material de consumo e instrumentais utilizados na realização de procedimentos odontológicos.

**3º passo – Momento transcirúrgico:**

Monitoramento do Paciente: responsabilidade do médico anestesista. Sempre que possível, o tratamento será realizado em momento único no bloco cirúrgico, permitindo a rápida resolução de agravos e a inclusão do paciente em um outro nível de cuidado, de cunho preventivo.

**4º passo – Documentação:** todo o procedimento deve ser documentado relatando o nome das drogas indutoras e anestésicos (geral e local) administrados, doses e medicações pré e pós-operatórias. A descrição do procedimento odontológico realizado também faz parte desta descrição.

**5º. Passo – Sala de recuperação:** cuidados pós-operatórios relacionados ao tipo de procedimento odontológico realizado. A prescrição medicamentosa deverá ser mantida conforme utilizada em centro cirúrgico. Os cuidados com o paciente ficam a cargo da equipe de enfermagem do hospital.

**6º. Passo – Alta hospitalar:** para procedimentos odontológicos sem intercorrências, a mesma será dada no mesmo dia ou dia posterior, conforme trans-cirúrgico. Alta anestésica efetuada pelo médico anestesiologista responsável. Deve ser utilizada a lógica de contrarreferência com os demais pontos de atenção da rede para continuidade do cuidado e alta do paciente. Sugere-se o preenchimento do formulário de contrarreferência para o município de origem, com a descrição dos procedimentos realizados e orientações para os profissionais de Saúde Bucal da Atenção Básica e/ou CEO.

Os seguintes equipamentos, materiais e instrumentais são colocados como essenciais para o atendimento no Serviço de Odontologia Hospitalar para Pessoas com Deficiência: consultório odontológico com equipo para avaliação ambulatorial, aparelhos de RX intra e extra-oral, além disso, no bloco cirúrgico deve constar aparelhagem completa desde oxímetro até carro de parada cardiorrespiratória, equipo odontológico, instrumentos manuais e rotatórios, fotopolimerizador, aspirador de secreções, equipamento para raspagem com ultrassom, abridores de boca, além de todo material de consumo e instrumentais utilizados na realização de procedimentos odontológicos.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-No mínimo um Cirurgião-Dentista, preferencialmente especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e/ou Bucomaxilofacial e/ou com experiência em ambiente hospitalar -Um médico anestesista

	-Equipe auxiliar de enfermagem.
Consultas	Mínimo de 30 consultas/mês, reguladas, com número de novos ingressos definido pela população de referência e % de PCDs nesta região.
Diagnóstico e tratamentos	Avaliação clínica pré-operatória, exames de imagem (RX extra oral- Panorâmico e RX intrabucais - periapical e interproximal), exames laboratoriais.
Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias, definidas pelo número de consultas iniciais. Cirurgias com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica.
Procedimentos Avaliados	Procedimento principal:  04.14.02.041-3 Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais  03.01.01.004-8 Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) CBO Cirurgião Dentista  Procedimentos secundários
Referência/Contrarreferência	Após a alta na atenção especializada, é de extrema importância que o profissional realize a contrarreferência para a Atenção Primária. Assim, o usuário continuará sendo acompanhado, preconizando, assim, a linha de cuidado integral.
Regulação	O encaminhamento deve seguir as orientações da Nota Técnica DAS Saúde Bucal

## H) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ENDOCRINOLOGIA

Este Serviço deverá oferecer atendimentos para pacientes adultos e pediátricos com doenças endocrinológicas e metabólicas. Deve contar com equipe multiprofissional como Nutricionista e Enfermeiro.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico endocrinologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais  -Nutricionista e Enfermeiro com carga horária mínima de 20 horas semanais cada

Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.01.01.047-0 - Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de nódulos tireoidianos 02.04 - RX 02.05 - Ultrassonografia 02.08.03.001-8 - Cintilografia das paratireoides 02.08.03.002-6 – Cintilografia de tireoide com ou sem captação 02.06.01.006-0 - Tomografia de sela túrcica 02.07.01.007-2 - RNM sela túrcica 02.04.06.002-8 - Densitometria.
Procedimentos Avaliados	03.01.01.0072 – CBO Endocrinologista 03.01.01.0048 - CBO Nutricionista
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço de Cirurgia geral ou Serviço de Alta complexidade em Oncologia e/ou Obesidade. Contrarreferência: atenção primária

## I) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GASTROENTEROLOGIA

Este Serviço deverá oferecer diagnóstico e tratamento para as doenças digestivas, como as que acometem o esôfago, estômago, duodeno, intestino delgado, intestino grosso (tubo digestivo) e também ao pâncreas, fígado e vesícula biliar, para pacientes adolescentes (a partir dos 13 anos) e adultos.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico gastroenterologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais -Nutricionista com carga horária mínima de 20 horas semanais -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais

	02.04 - RX 02.09.01.003-7 - Endoscopia Digestiva Alta 02.05 - Ultrassonografia 02.09.01.001-0 colangiopancreatografia retrograda (via endoscópica) 04.07.03.025-5 - colangiopancreatografia retrógrada endoscópica terapêutica (FAEC) - (hospitais que já possuem o equipamento é obrigatório a oferta do procedimento) 02.06 - Tomografia Computadorizada 02.07 - RNM abdômen 02.07.03.004-9 - Ressonância magnética de vias biliares/colangiorressonancia
Procedimentos Avaliados	03.01.01.0072 – CBO Gastroenterologista 04.07.03.025-5 - colangiopancreatografia retrógrada endoscópica terapêutica (FAEC) - Serviços habilitados com o procedimento contratado, serão avaliados) 03.01.01.004-8 - CBO Nutricionista 03.01.01.004-8 - CBO Enfermeiro
Referência/Contrarreferência	Referência para o serviço de cirurgia geral ou oncologia e contrarreferência do mesmo, para acompanhamento do paciente após cirurgia em acompanhamento ambulatorial quando necessário. Contrarreferência: atenção primária

## J) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

Este Serviço deverá oferecer diagnóstico e tratamento às doenças digestivas, como as que acometem o esôfago, estômago, duodeno, intestino delgado, intestino grosso (tubo digestivo), pâncreas, fígado e vesícula biliar, em crianças até 12 anos completos.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico gastroenterologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais

	-Nutricionista com carga horária mínima de 20 horas semanais -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.04 - RX 02.09.01.003-7 - Endoscopia Digestiva Alta 02.05 - Ultrassonografia 02.09.01.001-0 colangiopancreatografia retrograda (via endoscópica) 04.07.03.025-5 - colangiopancreatografia retrógrada endoscópica terapêutica (FAEC) - (hospitais que já possuem o equipamento é obrigatório a oferta do procedimento) 02.06 - Tomografia Computadorizada 02.07 - RNM abdômen 02.07.03.004-9 - Ressonância magnética de vias biliares/colangiorressonancia
Procedimentos Avaliados	03.01.01.0072 – CBO Gastroenterologista 03.01.01.004-8 - CBO Nutricionista 03.01.01.004-8 - CBO Enfermeiro
Referência/Contrarreferência	Referência para o serviço de cirurgia geral, pediátrica ou oncologia e contrarreferência do mesmo, para acompanhamento do paciente após cirurgia em acompanhamento ambulatorial quando necessário. Contrarreferência: atenção primária

## K) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GENÉTICA

Este Serviço deverá atender a pacientes adultos e pediátricos a nível ambulatorial, realizando manejo clínico e aconselhamento genético de inúmeras condições genéticas.

A Assistência Clínica do Serviço de Genética poderá atuar nas áreas de Erros Inatos do Metabolismo, Dismorfologia, Oncogenética, Neurogenética, Genética Reprodutiva, Fibrose Cística, competências descritas no Programa Nacional de Triagem Neonatal

(PNTN), Capítulo VI do Título I da Portaria de Consolidação nº 05/2017 (origem: Portaria GM/MS 822/2001), acrescido da alteração dada pela portaria nº 187/2019.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico geneticista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais -Biomédico, Bioquímico, Nutricionista e, Enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais
Consultas médicas e de profissionais de nível superior	Mínimo de 240 consultas/mês
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais.
Procedimentos Avaliado	03.01.01.0072 – CBO Médico geneticista 03.01.01.0048 – CBO Biomédico, nutricionista ou enfermeiro
Referência/Contrarreferência	Contrarreferência: atenção primária Referência: Serviço de Doenças Raras

## L) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GINECOLOGIA

Este Serviço deverá prestar atendimento nas diversas áreas da saúde da mulher, da adolescência à terceira idade. Atenderá os casos de oncologia ginecológica, patologia do trato genital Inferior, Endoscopia e Endometriose, Sexologia, Climatério de Endocrinopatias, Uroginecologia, Estática Pélvica e de Ginecologia Infanto-Puberal, Planejamento Reprodutivo.

O Serviço de Ginecologia deverá seguir os critérios de encaminhamento da atenção básica para o Ambulatório de Especialidade em Ginecologia de acordo com o Protocolo de Regulação Ambulatorial Ginecologia e o Protocolo de encaminhamento para Mastologia, e as atualizações dos mesmos.

Para realização de laqueadura tubária o hospital precisa ser credenciado no código 1901 - Laqueadura e com o CNES atualizado. O serviço deve utilizar o Protocolo de Planejamento Familiar do estado do Rio Grande do Sul, e as atualizações do mesmo, que regulamenta e orienta as questões em relação à laqueadura tubária e vasectomia, conforme pactuação em CIB/RS.

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA</b>
Equipe Multiprofissional	-Médico cirurgião Ginecologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 20 horas semanais  -Enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais  -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 210 consultas/mês com médico ginecologista e mínimo de 30 consultas/com anestesista.
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais  02.04 - RX  02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma  02.05 - Ultrassonografia (mama, transvaginal, abdômen total)  02.06 - Tomografia  02.07 - RNM.  02.04.03 - Mamografia  02.04.06.002-8 - Densitometria óssea
Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica.
Procedimentos Avaliados	04.09 – Cirurgia do Aparelho Geniturinário  03.01.01.007-2 – CBO Médico Ginecologista  03.01.01.004-8 - CBO Enfermeiro  04.09.06.018-6 Laqueadura Tubária - quando o hospital possuir habilitação no CNES será obrigatória a avaliação do procedimento
Referência/Contrarreferência	Referência: Procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia.  Serviço de Alta complexidade em Oncologia  Contrarreferência: atenção primária.

**M) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEUROLOGIA ADULTO**

Este serviço deverá realizar o diagnóstico e tratamento de doenças do cérebro, da medula espinhal e dos nervos periféricos, entre outras, incluindo epilepsias de difícil controle; doenças dos movimentos, como a Doença de Parkinson; problemas de memória, como a Doença de Alzheimer; cefaleias; alterações dos nervos e músculos; neuropsicologia.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico neurologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais -Fisioterapeuta, Psicólogo e Fonoaudiólogo com carga horária mínima de 20 horas semanais -Equipe de enfermagem
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.05 - Ultrassonografia 02.11.05 - EEG sono e vigília 02.11.05.008-3 - ENMG 02.07 - RNM <u>com sedação</u> e sem sedação 02.06 - Tomografia <u>com sedação</u> e sem sedação 02.07.01.001-3 - Angiorressonância com e sem sedação
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico neurologista 02.11.05 - EEG sono e vigília - 240/mês (1 a cada consulta) 02.11.05.008-3 - ENMG -10/mês (4%) 02.07 - RNM com e sem sedação 02.06 - Tomografia com e sem sedação 02.07.01.001-3 - Angiorressonância com e sem sedação

Referência/Contrarreferência	Referência para o Serviço de Alta Complexidade em Neurocirurgia.  Contrarreferência: atenção primária ou ambulatório de Doenças Crônicas e Idosos
------------------------------	---

## N) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES EM NEUROLOGIA INFANTIL

Este serviço deverá atender as doenças do desenvolvimento e maturação do sistema nervoso em crianças e adolescentes até 18 anos, atuando desde o período neonatal, nos casos de epilepsia, paralisia cerebral, cefaléias e crianças com deficiência Intelectual, transtorno do espectro do autismo, ou com distúrbios de aprendizagem e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.

O serviço deve estar, preferencialmente, em uma unidade de alta complexidade de neurologia/neurocirurgia e deve ofertar o cuidado integral.

Deve obrigatoriamente oferecer Ressonância Magnética e Tomografia, ambas com e sem sedação.

Os casos que necessitarem de reabilitação deverão ser encaminhados para os Serviços de Reabilitação ou Centro Especializado em Reabilitação (CER) de referência.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Médico neurologista com carga horária mínima de 30 horas semanais</li> <li>-Fisioterapeuta e com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 20 horas semanais</li> <li>-Equipe de enfermagem</li> </ul>
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês
Diagnóstico e tratamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>02.02 - Exames laboratoriais</li> <li>02.05.02.017-8 - US Transfontanelar</li> <li>02.11.05 - EEG sono e vigília</li> <li>02.11.05.008-3 - ENMG</li> <li>02.07 - RNM com e sem sedação</li> </ul>

	02.06 - Tomografia com e sem sedação  02.07.01.001-3 - Angiorressonância com e sem sedação
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO medico neurologista  03.01.01.007-2 – CBO medico neurologista  Proporcional às 240 consultas/mês:  02.11.05 - EEG sono e vigília - 240/mês (1 a cada consulta)  02.11.05.008-3 - ENMG -10/mês (4%)  02.07 - RNM com e sem sedação - 5/mês (2%)  02.06 - Tomografia com e sem sedação - 80/mês (33%)  02.07.01.001-3 - Angiorressonância com e sem sedação 13/mês (1%)  02.05.02.017-8 - US Transfontanela 3/mês (1%)
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia.  Serviços de Reabilitação ou Centro Especializado em Reabilitação (CER)  Contrarreferência para atenção primária.

## O) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CARDIOLOGIA

Este serviço deverá atender ao diagnóstico e tratamento das doenças que acometem o coração bem como os outros componentes do sistema circulatório.

O cardiologista e a equipe do Laboratório de Exames Complementares em Cardiologia se organizam em articulação com os NASF's ou equipes da atenção primária.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico cardiologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais  -Nutricionista  -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês

Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma 02.05.01.003-2 - Ecocardiograma transtorácico 02.05.01.002-4 - Ecocardiograma transesofágico 02.11.02.004-4 - Holter 02.11.02.006-0 - Prova de esforço
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico cardiologista 02.05.01.003-2 - Ecocardiograma transtorácico 02.05.01.002-4 - Ecocardiograma transesofágico 02.11.02.004-4 - Holter 02.11.02.006-0 - Prova de esforço
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço de Alta Complexidade em Cardiologia. Contrarreferência para atenção primária.

## P) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA

O serviço deverá possuir condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de Atenção Especializada a portadores de doenças oftalmológicas que necessitem ser submetidos a procedimentos clínicos, intervencionistas e cirúrgicos especializados, conforme diretrizes da PT/SAS nº288/2008.

O serviço deverá atender a adultos e a pediatria (até 15 anos). Nos casos de atendimento à criança, a agenda deverá ofertar mínimo de 15% do total de consultas médicas.

Para atendimento ao glaucoma o serviço tem que ser habilitado para tratamento do glaucoma - Habilidades - 0506- Tratamento Do Glaucoma com Medicamentos no Âmbito Da Política Nacional de Atenção Oftalmológica e seguir o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Glaucoma (BRASIL, 2018) elaborado pela CONITEC.

O serviço de oftalmologia deverá atender os casos de retinopatia diabética (RD) e Doença Macular Relacionada à Idade (DMRI), aplicando tratamento conforme protocolos

clínicos e nos casos que o paciente necessitar de medicação anti angiogênica, deverá referenciar ao ambulatório de oftalmologia com DMRI para seguimento do tratamento.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA	
Equipe Multiprofissional	-Médico oftalmologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 20 horas semanais -Equipe de enfermagem.	
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês com médico oftalmologista.	
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.11.06.028-3 - Tomografia de coerência óptica -Ecografia ocular -Paquimetria 02.11.06.005-4 - ceratometria -Curva diária de pressão ocular 02.11.06.012-7 - Mapeamento de retina com gráfico 02.11.06.015-1 - Potencial acuidade visual 02.11.06.017-8 - retinografia colorida binocular 02.11.06.018-6 - retinografia fluorescente binocular	-Angiografia 02.11.06 - campimetria -Ecobiometria 02.11.06.002-0 - Biomicroscopia de fundo olho 02.11.06.010-0 - Fundoscopia 02.11.06.011-9 - Gonioscopia 02.11.06.014-3 - Microscopia especular de córnea 02.11.06.022-4 - Teste visão de cores 02.11.06.023-2 - Testeortóptico 02.11.06.026-7 - Topografia computadorizada de córnea 02.11.06.025-9 - tonometria.
Cirurgias	Mínimo de 100 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar.	
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico Oftalmologista com Registro de	

	<p>Qualificação Profissional.</p> <p>04.05 - Cirurgia do aparelho da visão.</p> <p>04.05.05 –Cirurgia – Conjuntiva, Córnea, Câmara anterior, Íris, Corpo ciliar e Cristalino</p> <p>03.03.05 – Tratamento de doenças do aparelho da visão.</p>
Referência/Contrarreferência	<p>Referência: Serviço de Alta complexidade de Oftalmologia.</p> <p>Serviço de Oftalmologia com DMRI e RD</p> <p>Contrarreferência: atenção primária</p>

**Q) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES EM OFTALMOLOGIA com tratamento em RD (Retinopatia Diabética) e DMRI (Degeneração Macular relacionada à Idade)**

O serviço deverá possuir condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de Atenção Especializada a portadores de doenças oftalmológicas que necessitem ser submetidos a procedimentos clínicos, intervencionistas e cirúrgicos especializados, conforme diretrizes da PT/SAS nº288/2008.

O serviço deverá atender a adultos e a pediatria (até 15 anos). Nos casos de atendimento à criança a agenda deverá ofertar mínimo de 15% do total de consultas médicas.

Para atendimento ao glaucoma o serviço tem que ser habilitado para tratamento do glaucoma - Habilidades - 0506- Tratamento Do Glaucoma com Medicamentos no Âmbito Da Política Nacional de Atenção Oftalmológica

O serviço deverá oferecer cirurgias e tratamento da retina com antiangiogênicos.

Para os casos de Doença Macular e Retinopatia Diabética, o serviço fica responsável pela dispensação e aplicação da medicação anti angiogênica. Os serviços devem seguir a Portaria MS/SCTIE conjunta nº 18, de 02 de julho de 2018, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Degeneração Macular Relacionada com a Idade (forma neovascular) e demais notas ou normas técnicas que o Ministério da Saúde venha a emitir.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Médico oftalmologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional Mínimo com carga horária mínima de

	20 horas semanais -Equipe de enfermagem.	
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês com médico oftalmologista.	
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.11.06.028-3 - Tomografia de coerência óptica -Ecografia ocular -Paquimetria 02.11.06.005-4 ceratometria Curva diária de pressão ocular 02.11.06.012-7 - Mapeamento de retina com gráfico 02.11.06.015-1 - Potencial acuidade visual 02.11.06.017-8 - retinografia colorida binocular 02.11.06.018-6 - retinografia fluorescente binocular	-Angiografia 02.11.06 - campimetria Ecobiometria 02.11.06.002-0 - Biomicroscopia de fundo olho 02.11.06.010-0 - Fundoscopia 02.11.06.011-9 - Gonioscopia 02.11.06.014-3 - Microscopia especular de córnea 02.11.06.022-4 - Teste visão de cores 02.11.06.023-2 - Testeortóptico 02.11.06.026-7 - Topografia computadorizada de córnea 02.11.06.025-9 - tonometria.
Cirurgias	Mínimo de 100 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar.	
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico Oftalmologista 03.01.01.010-2 – Consulta para diagnóstico/reavaliação de glaucoma (tonometria, fundoscopia e campimetria). 04.05 - Cirurgia do aparelho da visão. 03.03.05 – Tratamento de doenças do aparelho da visão. 03.03.05.023-3 – Tratamento medicamentoso da doença da retina	

	(FAEC) medicação antiangiogênico.
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço de Alta complexidade de Oftalmologia. Contrarreferência: atenção primária

## R) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Este serviço de Otorrinolaringologia deverá atender as patologias do ouvido, nariz, seios paranasais, faringe e laringe, em adultos e crianças. Atenderá avaliação e tratamento de vertigens com exames audiológicos e de vectoeletroestagmografia; avaliação dos distúrbios da audição com exames de audiology, teste de processamento auditivo, otoemissões acústicas (teste da orelhinha de rotina nos recém-nascidos).

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Médico otorrinolaringologista, com Registro de Qualificação Profissional, com mínimo de 2 cirurgiões com carga horária mínima de 20 horas semanais  -Fonoaudiólogo com carga horária mínima de 20 horas semanais
Consultas médicas	Mínimo de 210 consultas/mês com médico otorrinolaringologista e 30 consultas com anestesista.
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais  02.04 - RX  02.11.07.002-5 - Audiometria de reforço visual + 02.11.07.020-3 - Imitanciometria  02.11.07.004-1 - Audiometria tonal limiar  02.11.07.020-3 - Imitanciometria  02.11.07.021-1 - Logoaudiometria  02.11.07.005-0 - Avaliação auditiva comportamental infantil + Impedanciometria  02.11.07.034-3 - Avaliação do processamento auditivo  02.09.04.004-1 - Videolaringoscopia  02.11.07.027-0 - Potencial evocado auditivo para triagem auditiva (PEATE ou BERA)  02.11.07.026-2 - Potencial evocado auditivo de curta, média e longa

	latência (PEATE ou BERA) 021107035-1 -Testes vestibulares. 02.11.07.014-9 - emissões otoacusticas evocadas p/ triagem auditiva (teste da orelhinha)
Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica.
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico Otorrinolaringologista  04.04 - Cirurgia das Vias Aéreas Superiores, Da Face, da Cabeça e do PESCOÇO  02.11.07.027-0 - Potencial evocado auditivo para triagem auditiva (PEATE ou BERA)  02.11.07.026-2 - Potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência (PEATE ou BERA)  02.09.04.004-1 - Videolaringoscopia
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço de Alta em Oncologia  Pacientes com diagnóstico de surdez com indicação de aparelho auditivo devem ser encaminhados aos Serviços SUS de Reabilitação Auditiva de referência regional, conforme protocolos  <a href="https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_reabilita%C3%A7%C3%A3o_auditiva_pedi%C3%A1trico.pdf">https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_reabilita%C3%A7%C3%A3o_auditiva_pedi%C3%A1trico.pdf</a>  <a href="https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_reabilita%C3%A7%C3%A3o_auditiva_adulto.pdf">https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_reabilita%C3%A7%C3%A3o_auditiva_adulto.pdf</a>  Contrarreferência: atenção primária

## S) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PNEUMOLOGIA

Este serviço deverá atender às doenças pulmonares, reabilitação pulmonar, tratamento de asma, tratamento do tabagismo, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), fibrose cística, neoplasias, entre outros, atendendo adultos e crianças.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico pneumologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais</li> <li>-Equipe de enfermagem.</li> </ul>
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês
Diagnóstico e tratamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>02.02 - Exames laboratoriais</li> <li>02.01.01.042-9 - Punção e biópsia de tórax</li> <li>02.04 - RX</li> <li>02.11.08.005-5 - Espirometria</li> <li>02.07 - RNM</li> <li>02.06 –Tomografia</li> <li>02.11.08.002-0 Gasometria</li> </ul>
Procedimentos Avaliados	<ul style="list-style-type: none"> <li>03.01.01.007-2 – CBO medico pneumologista</li> <li>03.02.04 – Assistência fisioterapêutica cardiovascular e pneumofuncionais</li> </ul>
Referência/Contrarreferência	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referência para o serviço de Cirurgia Torácica Serviço de Alta Complexidade em Oncologia</li> <li>Contrarreferência: atenção primária</li> </ul>

## T) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA TORÁCICA

Este serviço de Cirurgia Torácica deverá atender às doenças do pulmão, pleura, mediastino e vias aéreas inferiores (traqueia e brônquios), oferecendo procedimentos por videotoracoscopia, a simpatectomia torácica, broncoscopia flexível ou rígida, entre outras.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Médico cirurgião torácico, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínimo de 20 horas semanais</li> <li>-Fisioterapeuta</li> <li>-Equipe de enfermagem</li> </ul>
Consultas médicas	Mínimo de 120 consultas/mês com médico cirurgião torácico e mínimo de 30 consultas/com anestesista.

Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma 02.01.01.042-9 - Punção e biópsia de tórax 02.04 - RX 02.05 - Ultrassonografia 02.09.04.001-7 - Broncoscopia 02.11.08.005-5 - Espirometria 02.07 - RNM 02.06 - Tomografia 02.08 - Cintilografia
Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica.
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico cirurgião torácico 04.12 – Cirurgia Torácica
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço de Alta Complexidade em Oncologia, ambulatório de Pneumologia. Contrarreferência: atenção primária

## **U) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM COLOPROCTOLOGIA (PROCTOLOGIA)**

Este serviço deverá desenvolver ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças do cólon (intestino grosso), do reto e do ânus, tanto clínicas quanto cirúrgicas.

O atendimento será ofertado a pacientes adultos e pediátricos.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Médico coloproctologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional com carga mínima de 20 horas semanais -Equipe de enfermagem.

Consultas médicas	Mínimo de 210 consultas/mês com médico cirurgião torácico e mínimo de 30 consultas/com anestesista.
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.01.01 - Biópsias 02.04 - RX 02.05 - Ultrassonografia 02.09.01.002-9 – colonoscopia (coloscopia) 02.09.01.005-3 - Retossigmóideoscopia 02.06.03 - Tomografia abdômen 02.07.03 - RNM Abdômen e pelve
Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica.
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico coloproctologista 04.07.02 – Intestinos, Reto e Anus 02.09.01.002-9 – colonoscopia (coloscopia) 02.09.01.005-3 - Retossigmóideoscopia
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço de alta Complexidade em Oncologia Contrarreferência: atenção primária

## V) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM REUMATOLOGIA

Serviço deverá tratar as doenças reumáticas a adultos, adolescentes e crianças.

O serviço de reumatologia deverá possuir condições para o preparo adequado das medicações reumatológicas e sala para administração de medicamentos com bomba de infusão e profissionais capacitados para a função e capela de preparação das medicações reumatológicas.

Deverá ser realizada a aplicação das medicações no ambulatório especializado, com acompanhamento da equipe, sendo vedado o encaminhamento desse paciente para aplicação em outros locais sem a estrutura adequada.

O encaminhamento ao serviço especializado deverá seguir o Protocolo de Encaminhamento da Atenção Básica para Atenção Especializada, - Reumatologia e Ortopedia, Protocolo da Artrite Reumatoide do Ministério da Saúde.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Médico reumatologista com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais</li> <li>-Fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais</li> <li>-Farmacêutico responsável com carga horária 40 horas semanais</li> <li>- Enfermeiro capacitado</li> <li>-Terapeuta Ocupacional.</li> </ul>
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês
Diagnóstico e tratamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>02.02 - Exames laboratoriais</li> <li>02.05 - Ultrassonografia</li> <li>02.04 - RX de articulações</li> <li>02.07 - RNM</li> </ul>
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico reumatologista
Referência/Contrarreferência	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referência para o serviço de traumato/ortopedia</li> <li>Serviço de Reabilitação física ou CER com modalidade de reabilitação física.</li> <li>Contrarreferência: atenção primária</li> </ul>

#### **W) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PLÁSTICA REPARADORA**

Este serviço deverá atender às cirurgias plásticas reparadoras pós-cirurgia bariátrica, bem como, as cirurgias reconstrutivas: sequelas de traumas, queimaduras, reconstrução mamária, cirurgias de tumores cutâneos, reconstrução osteomuscular e cutânea, cirurgia craniomaxilofacial como: anomalias congênitas, traumatismos faciais, reconstrução de cabeça e pescoço, anomalias do desenvolvimento, em adultos, adolescentes e crianças.

Os casos de fendas palatinas e labiais serão atendidos pelos Serviços AC Malformação Craniofacial de referência.

Para executar os procedimentos de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, o serviço precisa ser habilitado como 0202 – Unidade de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave ou 0203 – Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade e atender na íntegra a Portaria MS/GM 425/2013.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Médico cirurgião plástico, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 20 horas semanais  -Equipe de enfermagem
Consultas médicas	Mínimo de 120 consultas/mês com médico cirurgião plástico e 30 consultas com anestesista
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais  02.11.02.003-6 Eletrocardiograma  02.04 - RX  02.06 - Tomografia
Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica.
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico cirurgião plástico  04.13 – Cirurgia Reparadora
Referência/Contrarreferência	Contrarreferência: atenção primária

## X) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA VASCULAR

Este serviço deverá atender as doenças que acometem os sistemas arterial, venoso e linfático, prestando tratamento a varizes, microvarizes e teleangiectasias. O atendimento será ofertado a pacientes adultos e pediátricos. Deverá ofertar a cirurgia de confecção e reintervenção em acessos à diálise, conforme referências.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Médico cirurgião vascular, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 20 horas semanais  -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 120 consultas/mês com médico cirurgião vascular e mínimo de 30 consultas/com anestesista.
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais  02.11.02.003-6 Eletrocardiograma  02.05.01.004-0 - Ultrassonografia doppler vasos  02.10.01.007-0 Arteriografias de membros  -Venografias  04.18.01 - confecção e reintervenção em acessos para diálise
Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica.
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico cirurgião vascular  04.06.02 – Cirurgia vascular  04.18.01 - Implantação de cateter para hemodiálise
Referência/Contrarreferência	Serviço de Alta complexidade Cardiovascular  Contrarreferência: serviços de hemodiálise e atenção primária

## Y) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA BARIÁTRICA

O serviço de cirurgia bariátrica deverá oferecer, por meio de equipe multiprofissional, assistência diagnóstica, acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica, exceto a cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica prevista no Ambulatório de Plástica Reparadora.

Deverá ser habilitado em 02.03 – Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade ou 02.02 – Unidade de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave e atender a PT MS/GM 425/2015 e contar com UTI em sua estrutura.

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	<p>Equipe mínima:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional</li> <li>-Nutricionista, com Registro de Qualificação Profissional</li> <li>-Psicólogo ou psiquiatra, com Registro de Qualificação Profissional</li> <li>-Clínico geral ou endocrinologista, com Registro de Qualificação Profissional.</li> </ul> <p>-Equipe complementar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Médicos clínico geral, cardiologista, pneumologista, endocrinologista, angiologista/cirurgião vascular, cirurgião plástico e anestesiologista; enfermagem; fisioterapeuta; assistente social.</li> </ul>
Acompanhamentos pré e pós-cirurgia bariátrica	Mínimo de 120 acompanhamentos pré e pós cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional/mês.
Diagnóstico e tratamentos	<p>02.02 - Exames laboratoriais</p> <p>02.04.03 - RX simples de tórax</p> <p>02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma</p> <p>02.05.01.003-2 - Ecocardiografia Transtorácico</p> <p>02.05.01.004-0 - Ultrassonografia Doppler Colorido (até 3 vasos)</p> <p>02.05.02.004-6 - Ultrassonografia de Abdomen Total</p> <p>02.09.01.003-7 - Esofagogastroduodenoscopia</p> <p>02.11.08.005-5 - Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador (espirometria)</p> <p>04.07.01.012-2-Gastrectomia c/ ou s/ desvio duodenal</p> <p>04.01.01.73-Gastroplastia c/ derivação intestinal</p> <p>04.07.01.018-1-Gastroplastia vertical com banda</p> <p>04.07.01.036-0-Gastrectomia vertical em manga (sleeve)</p> <p>04.07.01.038-6-Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia</p>

	03.01.12.005-6-Acompanhamento de Paciente Pós-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional 03.01.12.008-0- Acompanhamento de Paciente Pré-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional 03.03.07.013-7-Tratamento de Intercorrência Clínica pós-cirurgia bariátrica 04.07.01.037-8-Tratamento de Intercorrência Cirúrgica Pós-Cirurgia Bariátrica
Cirurgias	Mínimo de 20 cirurgias bariátricas/ mês
Procedimentos avaliados	04.07.01.038-6-Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia 04.07.01.012-2-Gatrectomia c/ ou s/ desvio duodenal 04.01.01.73-Gastroplastia c/ derivação intestinal 04.07.01.018-1-Gastroplastia vertical com banda 04.07.01.036-0-Gatrectomia vertical em manga (sleeve) 04.07.01.038-6-Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia 03.01.12.005-6-Acompanhamento de Paciente Pós-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional 03.01.12.008-0 - Acompanhamento de Paciente Pré-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional
Referência/Contrarreferência	Contrarreferência: atenção primária ou Ambulatório de doenças crônicas e idosos.

## Z) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

Serviço na modalidade ambulatorial ao atendimento clínico (exames laboratoriais e imagem) e psicossocial, desenvolvido por equipe multiprofissional, individual e/ou coletivo, de acompanhamento pré e pós-operatório e hormonização com a dispensação de hormônios a travestis e transexuais, independente de manifestarem ou não o desejo de encaminhamento para a realização de procedimentos cirúrgicos como a redesignação sexual e outros.

O fluxo de atendimento oriundo do serviço ambulatorial via APS e regulação estadual/regional com as informações clínicas relevantes se dará conforme protocolo de

encaminhamento 7 do “**Protocolos de Encaminhamento para Psiquiatria Adulto desenvolvido pelo TelessaúdeRS**” (RegulaSUS).

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Médico endocrinologista com Registro de Qualificação com carga horária mínima de 20 horas semanais</li> <li>-Médico psiquiatra com Registro de Qualificação com carga horária mínima de 20 horas semanais</li> <li>-Médico clínico geral com carga horária mínima de 20 horas semanais</li> <li>-Psicólogo, Assistente Social e Enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais</li> <li>-Equipe complementar:</li> <li>-Médico urologista, médico ginecologista e fonoaudiólogo.</li> </ul>
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas médicas/mês
Diagnóstico e tratamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>02.02 - Exames laboratoriais (Hemograma + perfil hepático + perfil metabólico + pesquisa de ISTs)</li> <li>02.02 - Exames laboratoriais (perfil hormonal: estradiol + testosterona total + SHbg + LH + FSH e prolactina)</li> </ul>
Procedimentos Avaliados	<ul style="list-style-type: none"> <li>03.01.01.007-2 – CBO Endocrinologista, Psiquiatra e Clínica Geral</li> <li>03.01.01.004-8 - CBO Psicóloga, Assistente Social e Enfermeira</li> <li>03.01.01.030-7 - CBO Endocrinologista, Psiquiatra e Clínica Geral</li> <li>03.01.04.00.3-6 - Psiquiatra, Psicóloga e Assistente Social</li> <li>03.01.04.004-4 - Psiquiatra, Psicóloga e Assistente Social</li> </ul>
Referência/Contrarreferência	<p>Referência: Serviço Especializado no Processo Transexualizador habilitação 30.01 ou 30.03.</p> <p>Contrarreferência: atenção primária</p>

#### **AA) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE PÓS COVID**

O Ambulatório Pós COVID-19 deverá oferecer atenção à saúde de maneira integral, contínua, multiprofissional e interdisciplinar, a usuários com 18 anos ou mais, que

foram infectados pelo coronavírus, passaram pela fase aguda da doença e cursaram com seqüelas física, e/ou cognitiva e/ou psíquica.

### **1.9 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- promover o acompanhamento clínico e a reabilitação de pacientes egressos de internação por COVID-19 em leito Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ou leito de enfermaria, que cursaram com seqüelas físicas, cognitivas e/ou psíquicas;
- integrar a Linha do Cuidado Pós COVID-19, como componente da atenção especializada ambulatorial;
- melhorar a qualidade de vida de pacientes pós COVID-19, mediante atendimento multiprofissional, de forma interdisciplinar;
- estar integrado aos demais pontos de atenção à saúde do seu território;
- desenvolver o compartilhamento do cuidado dos usuários com a Atenção Primária em Saúde (APS), de acordo com o plano de cuidados integrado;
- pautar o processo de trabalho pela educação em saúde coletiva, buscando o fortalecimento da equipe e da rede do território a que pertence. Tais ações perpassam o matriciamento, discussão de planos terapêuticos, debates/interlocuções/estudos a partir das necessidades do território, desenvolvimento de pesquisa clínica relacionada ao tema pós COVID-19 e outras ações que qualifiquem o trabalho e a atenção;
- receber usuários estratificados pela APS por meio das diretrizes clínicas e protocolos de acesso estabelecidos pelo Estado;

### **1.10 Parâmetros Assistenciais**

A COVID-19 tem causado morbidimortalidade sem precedentes em escala mundial. Inicialmente foi considerada uma infecção aguda do sistema respiratório, atualmente, evidências clínicas têm demonstrado efeitos subagudos e de longo prazo que podem afetar múltiplos sistemas. (Telessaúde, 2020)

Estudos sugerem comprometimentos residuais que apontam para seqüelas físicas, cognitivas e psíquicas em parcela significativa de sobreviventes da COVID-19, demandando cuidados específicos e continuados. Este quadro pode incapacitar o retorno ao trabalho e atividades do dia a dia, impactando negativamente na qualidade de vida do indivíduo.

A síndrome pós COVID-19 é definida como a persistência de sintomas ou complicações tardias além de 4 semanas após o início dos sintomas. Na literatura mais recente a síndrome pós COVID-19 é subdividida em duas categorias:

- a) persistente ou subaguda: sintomas e/ou anormalidades presentes de 4-12 semanas após a síndrome aguda;
- b) crônica: sintomas e/ou anormalidades persistentes além de 12 semanas após o início dos sintomas. (Nalbandian, 2021)

Na literatura encontram-se taxas de 6,7% de mortalidade em pacientes pós COVID-19 após 60 dias da alta hospitalar e 15% da necessidade de readmissão hospitalar. Em torno de 76% dos pacientes mantêm pelo menos um sintoma, entre os quais destacam-se: fadiga (63%), diminuição da qualidade de vida (44%), persistência da dispneia (43%), artralgias (27%), alterações do sono (26%), ansiedade/depressão (23%), dor torácica (21%), tosse(15%) , anosmia e ageusia (13%).

Uma em cada 6 pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 tem possibilidade de desenvolver a forma grave da doença; idosos e pessoas com comorbidades especialmente. (PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 | 7ª edição | 17/05/2021)

“Segundo dados preliminares de estudos observacionais, estima-se que aproximadamente 10% dos pacientes com quadros leves a moderados de COVID-19 apresentam sintomas prolongados, que duram 3 semanas ou mais. Entre os pacientes que necessitam internação, especialmente em UTI, estes sintomas residuais podem ser muito mais frequentes: mais que 80% dos pacientes reportaram ao menos 1 sintoma após 60 dias do início do quadro.” (Telessaúde, 2020)

No panorama Estadual, o Boletim Epidemiológico COVID-19 COERS – Semana Epidemiológica 24 de 2021 apontou que 33% das hospitalizações por COVID-19 ocorreram em UTI e 23% utilizaram ventilação mecânica invasiva.

Neste relatório, os idosos apresentaram 4,7 vezes maior risco para hospitalizações e 11,9 vezes maior risco para óbito. 70% das pessoas hospitalizadas e 87% das que evoluíram para óbito por COVID-19 apresentaram comorbidade.

Referente à prevalência de comorbidades em óbitos por COVID-19 em idosos e não idosos identificou-se que a comorbidade mais prevalente para os dois grupos foi a

doença cardiovascular. A segunda comorbidade mais prevalente entre idosos foi diabetes mellitus e entre não idosos foi obesidade. Assim, identificamos as comorbidades como componentes importantes no agravamento da doença nas fases aguda e crônica, pela vulnerabilidade que esta condição impõe.

A avaliação sistemática das seqüelas após a recuperação da COVID-19 aguda e a compreensão das necessidades destes pacientes são necessárias para o desenvolvimento de ações para esta população.

Ressaltamos que estas complicações ainda não estão completamente caracterizadas, portanto é necessário conhecer de forma mais profunda estas alterações e seus impactos na vida das pessoas.

Dada a escala global da pandemia e a franca demanda que se apresenta, a necessidade de implantação de cuidados de saúde na população pós COVID-19 deve ser priorizada com serviços aptos a entregar modelos de cuidados de saúde que atendam à necessidade da população.

Neste cenário, há clareza que o cuidado com pacientes pós COVID-19 não se encerra quando este tem alta hospitalar. Tão importante quanto tratar a infecção, é recuperar e acompanhar as sequelas deixadas pela doença. Nesse sentido, propomos o Projeto: Ambulatórios Pós-COVID-19, que prevê 20 serviços a serem credenciados para atendimento da população alvo.

As ações a serem realizadas no ambulatório para cada usuário serão produzidas a partir das necessidades de cada indivíduo e de acordo com o impacto do agravo sobre sua saúde e funcionalidade. Serão personalizadas mediante Plano de Cuidado a ser elaborado pela equipe multiprofissional em conjunto com o usuário, ferramenta importante para organizar o atendimento, para avaliar o processo e para qualificar a comunicação entre as equipes da APS e o nível secundário.

### **1.11 Classificação e equipe mínima**

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"><li>- Médico especialista em clínica médica, com titulação reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina com carga horária mínima de 40 horas semanais</li><li>- Médico pneumologista ou cardiologista ou neurologista, com titulação reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina com carga horária mínima de 20 horas semanais</li><li>- Enfermeiro com carga horária mínima de 40 horas semanais</li><li>- Assistente Social e Farmacêutico com carga horária mínima de 20 horas semanais cada</li><li>- Fisioterapeuta com carga horária mínima de 120 horas semanais</li><li>- Fonoaudiólogo com carga horária mínima de 30 horas semanais</li><li>- Nutricionista e Psicólogo com carga horária mínima de 40 horas semanais cada</li><li>- Terapeuta Ocupacional com carga horária mínima de 30 horas semanais</li></ul>
Consultas médicas	Mínimo de 430 consultas/mês
Consultas equipe multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"><li>• Assistente Social</li><li>• Enfermeiro</li><li>• Farmacêutico</li><li>• Fisioterapeuta</li><li>• Fonoaudiólogo</li><li>• Nutricionista</li><li>• Psicólogo</li><li>• Terapeuta ocupacional</li></ul>

Diagnóstico e tratamentos	02 02-Diagnóstico em Laboratório Clínico 02.04-Diagnóstico por Radiologia 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia Transtorácica 02.05.01.004-0 - Ultrassonografia Doppler de Vasos (até 3 vasos) 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia Abdômen Total 0206020031-Tomografia Computadorizada de Tórax 0211020036-Eletrocardiograma 0211020060-Teste Esforço/T. Ergométrico 0211080055-Espirometria ou Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador 0211080080-Teste de Caminhada de 6 Minutos 0401010015-Curativo Grau II c/ ou s/ Debridamento
Procedimentos Avaliados	0301010072 – CBO médico internista, CBO médico pneumologista ou cardiologista ou neurologista 0301010048 – CBO assistente social, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional 0302 – CBO fisioterapeuta
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço de pneumologia, serviço de reabilitação, serviço de alta complexidade cardiovascular, serviço de alta complexidade em neurologia Contrarreferência: atenção primária em saúde

## 1.12 Requisitos à solicitação de habilitação

O serviço proponente deverá comprovar que preenche os critérios técnicos exigidos, capacidade instalada para absorver a demanda dos atendimentos e seguir as notas técnicas editadas pela SES/RS.

### 3- AMBULATÓRIO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA ADULTOS, PESSOAS IDOSAS E LESÕES DE PELE (Item 4 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)

O ambulatório de condições crônicas para adultos e pessoas idosas terá foco na atenção à saúde e na estabilização das condições para o qual é referência. As condições crônicas a serem atendidas são a hipertensão arterial, o diabetes e a obesidade.

### 1.13 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

- atender às condições crônicas de adultos e idosos proporcionando atenção contínua, multiprofissional, proativa e integrada com os demais pontos de atenção à saúde na região:
  - a) atender a população adulta de hipertensos de alto risco e/ou diabéticos de alto e muito alto risco e/ou classificada como grau II de obesidade com comorbidades ou grau III de obesidade;
  - b) atender a população idosa classificada com sobrepeso com comorbidades e/ou classificada como Perfil 2 ou 3 de funcionalidade, a partir do resultado igual ou superior a 7 pontos no instrumento IVCF-20;
- compartilhar a atenção à saúde com a APS, de acordo com o plano de cuidados integrado;
- oferecer as 04 funções essenciais: assistencial, matriciamento, pesquisa clínica operacional e educação permanente para a APS;
- comprometer-se com o alcance dos indicadores de estrutura, processo e resultado previstos em documento específico a ser editado pela SES
- ofertar consultas por equipe multiprofissional, exames especializados, administração de medicamentos e procedimentos conforme documento específico a ser editado pela SES;
- adotar o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e do modelo de atenção contínua, conforme a figura a seguir:



Figura 1: Ciclo de atendimento da atenção contínua (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2020, p. 64).

### 1.14 Parâmetros Assistenciais

A população a ser atendida pelo ambulatório é a população de pessoas maiores de 18 anos com hipertensão arterial, diabetes mellitus e/ou obesidade 2, além da população de idosos (pessoas com 60 anos ou mais), estratificada pela APS.

Conforme os critérios de estratificação, estima-se que 25% dos hipertensos sejam de alto risco, 30% dos diabéticos sejam de alto ou muito alto risco, 16% da população adulta no RS tenha obesidade grau II ou III, e aproximadamente 40% dos idosos possuam comorbidades ou classificação nos perfis 2 ou 3 de funcionalidade pelo IVCF-20.

Para oportunizar a adaptação dos profissionais do ambulatório ao modelo MACC e de atenção contínua e permitir que os profissionais da APS identifiquem e estratifiquem as populações, orienta-se que o funcionamento do ambulatório obedeça a uma lógica progressiva de atenção, aumentando a cobertura da população-alvo ao longo do tempo. O estabelecimento de percentuais de cobertura da população-alvo no primeiro ano de funcionamento (por exemplo: 10%, 15% ou 25%) se coloca como uma estratégia adequada.

Quanto aos exames para diagnóstico e complementares, prevê-se:

- programar consultas médicas, no mínimo, 2 pacientes/por hora;
- administrar medicamentos, quando necessário; bem como, realizar curativo grau II c/ ou s/ debridamento;
- a equipe mínima deve contemplar as seguintes categorias profissionais e cargas horárias para atendimento de uma população estimada em 100.000 habitantes

### 1.15 Classificação e equipe mínima

EQUIPE	AMBULATÓRIO DE CRÔNICOS
Enfermeiro Coordenador Geral	Carga horária mínima de 40 horas semanais
Enfermeiro Coordenador Assistencial	
Enfermeiro Assistencial	Carga horária mínima de 178 horas semanais
Enfermeiro Assistencial (para cuidados do pé diabético)	Carga horária mínima de 27 horas semanais

Enfermeiro (ponto de apoio)	Carga horária mínima de 60 horas semanais
Nutricionista Psicólogo	Carga horária mínima de 178 horas semanais
Farmacêutico Clínico	Carga horária mínima de 148 horas semanais
Assistente Social	Carga horária mínima de 120 horas semanais
Fisioterapeuta	Carga horária mínima de 115 horas semanais
Profissional de Educação Física	Carga horária mínima de 74 horas semanais
Técnico de Enfermagem	Carga horária mínima de 174 horas semanais
Terapeuta Ocupacional Fonoaudiólogo Médico Angiologista Médico Oftalmologista	Carga horária mínima de 51 horas semanais
Médico Psiquiatra	Carga horária mínima de 28 horas semanais
Médico Cardiologista	Carga horária mínima de 124 horas semanais
Médico Endocrinologista	Carga horária mínima de 84 horas semanais
Médico Nefrologista	Carga horária mínima de 27 horas semanais
Médico de Família Comunidade (responsável pela conexão/matriçamento entre as equipes da AB dos territórios e a equipe especializada do ambulatório)	Carga horária mínima de 40 horas semanais
Médico Geriatra ou com especialização em saúde do idoso	Carga horária mínima de 74 horas semanais
Diagnóstico e tratamento	02.02 - Ultrassonografia Doppler colorido de vasos 02.11.02.006-0 - Teste Ergométrico 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma 02.05.01.002-4 - Ecocardiografia Transesofágica 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia Transtorácica 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia de Abdômen Total 02.11.02.004-4 - Holter 02.05.01-001-6 - Ecocardiografia de estresse

	02.11.06.010-0 - Fundoscopia 04.05.03.004-5 - Fotocoagulação a laser 02.11.06.017-8 - Retinografia Colorida Binocular - MAPA - Avaliação de função e mecânica respiratória - Avaliação de movimento (por imagem) - Avaliação funcional muscular
--	---

#### **1.16 Requisitos à solicitação de habilitação**

- Além da documentação comum a todas as especialidades, o serviço precisa atender na íntegra o previsto em nota técnica específica da SES/RS.

#### **4- AMBULATÓRIO DE EGRESO DE UTI NEONATAL (Item 5 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)**

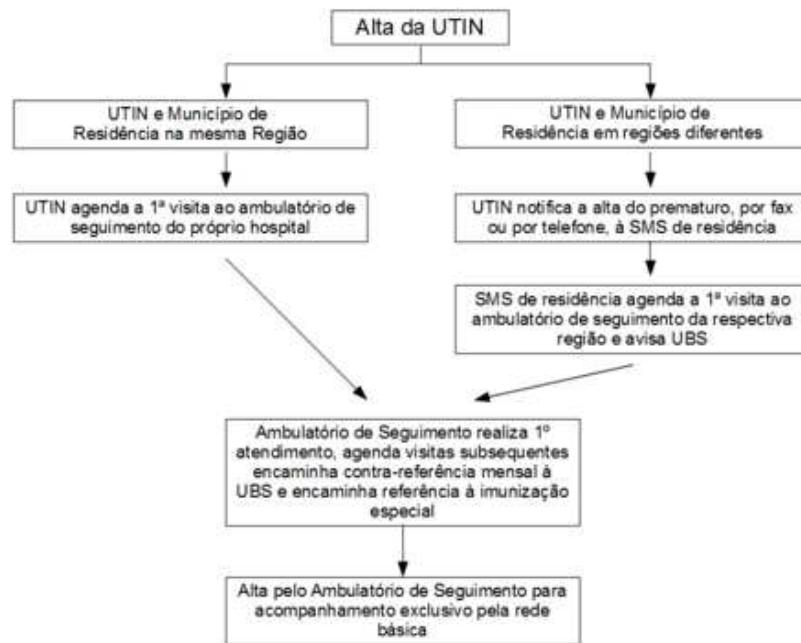
O Ambulatório de Egresso de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), integrante da Rede de Atenção Materno Infantil do RS objetiva e visa garantir:

- 1) acompanhar recém-Nascidos egressos de UTIN, com peso ao nascer inferior a 1500 gramas ou Idade Gestacional inferior a 32 semanas;
- 2) o acompanhamento diferenciado aos recém-nascidos após alta hospitalar;
- 3) identificar precocemente os desvios de desenvolvimento ou outras doenças, viabilizando intervenção;
- 4) dar suporte à criança e às famílias oriundas de UTINs;
- 5) permitir estudos que analisem intervenções terapêuticas em determinados grupos de risco;
- 6) avaliar resultados das terapias empregadas na UTIN;

#### **1.17 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- atender às crianças residentes na respectiva área de abrangência, independentemente da localização da UTI neonatal onde ocorreu a internação, conforme fluxograma a seguir.

**FLUXOGRAMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA  
DAS CRIANÇAS EGRESSAS DE UTI NEONATAL CANDIDATOS AO  
ACOMPANHAMENTO PELOS AMBULATÓRIOS DE EGRESSO**



- manter a ficha de Acompanhamento Individual, devidamente preenchida e permanecer no ambulatório, sendo que, a qualquer tempo, pode ser requisitada cópia pela SES/RS, conforme modelo a seguir:

<b>AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO DE CRIANÇAS EGRESSAS DE UTIN</b>	
<b>FICHA DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL</b>	
Hospital:	Município:
<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>	
Nome	
Data de nascimento:	Data da alta:
Registro:	Convênio:
Nome da mãe:	

Nome do pai:	
Endereço:	
Telefones:	
<b>DADOS MATERNO-OBSTÉTRICOS</b>	
G:	P:
C:	Ab (espontâneo - provocado):
Tipagem sanguínea da mãe:	Tipagem sanguínea do pai:
Intercorrências maternas na gestação:	
Medicação na gravidez: ( ) Sim ( ) Não	
Drogas na gravidez: ( ) Sim ( ) Não	
Tempo bolsa rota:	
Características do líquido amniótico:	
<b>DADOS DO PARTO E DO RN</b>	
Tipo de parto:	Apgar:
Necessidade de reanimação: ( ) Sim ( ) Não	Sexo:
Peso ao nascer (gr):	Comprimento:
IG ( ) AIG ( ) GIG ( ) PIG Método usado	PC
<b>DADOS DA INTERNAÇÃO NA UTIN</b>	
Medicações usadas na internação:	

Transfusão: ( ) Não    ( ) Sim	Necessidade de VM: ( ) Não    ( ) Sim Tempo:
Com membrana hialina: ( ) Não    ( ) Sim	Uso de inotrópicos: ( ) Não    ( ) Sim
Fototerapia: ( ) Não    ( ) Sim	Maior nível de bilirrubina total:
Uso exsanguineotransfusão: ( ) Não    ( ) Sim	Sangramento SNC: ( ) Não    ( ) Sim Tipo
Convulsões: ( ) Não    ( ) Sim	Outras complicações:
<b>DADOS DA ALTA DA UTIN</b>	
Data da alta:	Peso
Comprimento:	Perímetro cefálico:
Anormalidades clínicas por ocasião da alta:	
Exames anormais:	
Orientações dadas:	
Orientações alimentares:	
Eco cerebral:	
Teste de emissões otoacústicas:	
Fundo de olho:	
Teste do pezinho:	

<b>ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE EGRESO</b>						
Triagem auditiva: ( ) Não ( ) Sim Data:						
Resultado:						
Triagem visual: ( ) Não ( ) Sim Data:						
Resultado:						
Data	Idade Cronológica	Idade Corrigida	Peso	Comprimento	Anemia da Prematuridade	Avaliação de Crescimento ( ) Sim = curva para prematuros na carteira ( ) Não = começar
<b>AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO</b>						
Data	Avaliação neuropsicomotora					
Exames laboratoriais						
Data	Resultados					
Vacinas						
Data	Resultados					
Evolução						

Data	Resultados

- enviar à SES/RS relatório mensal com a inclusão das crianças que iniciaram o acompanhamento e com a informação dos dados (data e procedimentos realizados) da visita mensal das demais crianças;

- além das imunizações indicadas pelo calendário vacinal, é indicada a aplicação das vacinas contra pneumococo, Hepatite B (mais um reforço) e uso de anticorpo monoclonal (palivizumabe) no período de sazonalidade do vírus sincicial respiratório (VSR). A aplicação do palivizumabe deve ser feita em locais destinados à aplicação de vacinas especiais (CRIE ou outro local), em dias específicos, na medida em que com uma ampola é possível imunizar uma criança de até 6,7 Kg. Das 5 doses necessárias, baseadas no peso da criança, 3 doses protegem durante a sazonalidade. A busca deve ser ativa, pois a interrupção em 1 mês interrompe a cobertura. Cerca de 30% das crianças que internam em UTI Pediátricas são prematuras, sendo quase sua totalidade acometidas de bronquiolite causada pelo vírus sincicial respiratório. Seu uso deve estar ligado a medidas de prevenção e higiene

- manter atualizado o relatório mensal de atividades conforme modelo a seguir:

<b>RELATÓRIO MENSAL DE ATIVIDADES AMBULATÓRIO DE EGRESO DE UTI NEONATAL</b>	
Hospital:	
Mês/Ano:	
Responsável Técnico:	
<b>DADOS DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
Nome	
Data da internação na UTI neo	
Peso ao nascer (gr)	

Diagnóstico	
Data da internação na Unidade Canguru	
Data da alta hospitalar	
<b>DADOS DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DO MÊS ATUAL</b>	
Neonatologista	
Pediatra	
Fisioterapeuta	
Fonoaudiólogo	
Assistente Social	
Psicólogo	
Neurologista	
Oftalmologista	
Cirurgião Pediátrico	
Imunização com palivizumabe	
Atendimentos realizados desde o início do acompanhamento (Preencher em nº de vezes)	
Data da alta para acompanhamento da APS	

### 1.18 Parâmetros Assistenciais

O serviço deve programar as consultas do bebê e seu acompanhamento na medida e no tempo oportunos recomendados, conforme cronograma de consultas abaixo

Tempo após alta	Frequência das Consultas	Responsável
Até 1 mês	1 a 2 visitas, conforme evolução e/ou condições para deslocamento ao ambulatório. Recomenda-se a 1ª visita na 1ª semana após a alta para os casos mais graves	Ambulatório Especializado
1 mês a 1 ano	Mensais ou intervalo maior, conforme evolução e/ou condições para deslocamento ao ambulatório	Ambulatório Especializado
1 a 2 anos	Trimestrais	Ambulatório Especializado
2 a 4 anos	Semestrais	Atenção Primária
4 a 12 anos	Anuais	Atenção Primária

### 4.3 Classificação e equipe mínima

EQUIPE	AMBULATÓRIO DE EGRESSO DE UTI NEONATAL
Equipe Multiprofissional	Neonatologia, Pediatria, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Serviço Social, Psicologia, Nutrição e suporte de outras especialidades médicas pediátricas como Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Gastroenterologia e Cirurgia Pediátrica.
Diagnóstico e tratamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Triagem auditiva (EOA, BERA)</li> <li>- Triagem visual (fundoscopia indireta);</li> <li>- Avaliação de crescimento (curvas para prematuros);</li> <li>- Avaliação neurológica (tônus);</li> <li>- Avaliação de desenvolvimento;</li> <li>- Teste de Alberta (18 meses) ou Bayley (6 anos);</li> <li>- Exames laboratoriais (anemia);</li> <li>- Protocolos específicos para avaliação da função pulmonar;</li> <li>- Densitometria Óssea ou Raio X de ossos longos;</li> <li>- Nutrição com condutas a serem adotadas para relactação e</li> </ul>

	complementação com leites especiais, se necessário; - Apoio psicossocial com acompanhamento familiar para detecção de situações de risco; - Reabilitação em estimulação precoce;
--	--

#### **4.4 Requisitos à solicitação de habilitação**

Conforme documento orientativo da SES/RS.

##### **5- HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE (HPP) (Item 7 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)**

Estabelecimentos com instalações para internação e em condições de oferecer assistência médica e de enfermagem, em regime contínuo 24 horas por dia, para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de usuários que necessitem de cuidados clínicos e/ou cirúrgicos.

##### **1.19 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- realizar internação de pacientes clínicos e/ou cirúrgicos;
- realizar atendimentos ambulatoriais;
- estar habilitado pelo Ministério da Saúde como hospital de pequeno porte ou possuir até 30 leitos no CNES;
- não estar habilitado no ASSISTIR para outro tipo de serviço;
- atender à sua população de referência e, quando solicitado pela regulação estadual ou municipal, aceitar pacientes de internados em hospitais com maior capacidade tecnológica para manutenção e finalização de tratamento;

##### **1.20 Parâmetros Assistenciais**

Os hospitais de pequeno porte poderão realizar atendimentos ambulatoriais e internação clínica ou cirúrgica de baixa ou média complexidade, dentro dos limites da capacidade instalada de cada instituição, não admitindo-se a realização de partos normal ou cesáreo como rotina de atendimento deste serviço, salvo avaliação e manifestação da área técnica da SES permitindo linha de cuidado materno infantil.

Os hospitais de pequeno porte são a referência imediata para a população do seu território e, em casos específicos, podem ser referência também para uma microrregião de acordo com o desenho demográfico de cada região de saúde.

##### **1.21 Requisitos específicos à solicitação de habilitação**

- possuir capacidade de operação de até 30 leitos totais ou estar habilitado pelo Ministério da Saúde;

**6- LEITOS DE SAÚDE MENTAL** (Item 8 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)

A Unidade de Referência Especializada para Atenção Integral em Saúde Mental se caracteriza pela oferta de leitos em saúde mental e/ou psiquiatria, constituindo o componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS e objetiva o atendimento dos diferentes ciclos de vida em âmbito hospitalar para:

- a) pessoas com transtornos mentais e comportamentais e;
- b) necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

**1.22 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos:**

- apresentar uma taxa de ocupação mínima de 80% (oitenta por cento), sendo que os hospitais que apresentarem taxa de ocupação média mensal inferior a 60% (sessenta por cento) pelo período de 90 (noventa) dias passarão por reavaliação técnica;
- trabalhar para a melhoria constante da qualificação assistencial;
- disponibilizar, através dos sistemas oficiais do Estado, os leitos à regulação estadual;
- oferecer educação permanente no ambiente hospitalar e em articulação com os demais equipamentos do território, organizando roteiro em educação permanente, o qual deverá ser implementado junto às diferentes equipes intersetoriais de acordo necessidades identificadas;
- elaborar Plano Terapêutico Singular (PTS) através da equipe multidisciplinar, com a participação do usuário;
- utilizar as guias de referência e contrarreferência para toda a rede de saúde conforme modelo a seguir:

DOCUMENTO DE REFERÊNCIA
Protocolo Regulação (opcional)
Dados de Identificação do Paciente
Nome:
Nome Social:

Cartão Nacional de Saúde:	Data de Nascimento:
Nome da Mãe:	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Endereço:	
Telefones:	Município de residência:
Dados do Solicitante	
Nome do Profissional	
Nome do Estabelecimento:	Telefones:
Município	
Dados da Solicitação	
Descrição (sinais, sintomas, histórico, medicações em uso):	
Motivo do Encaminhamento (justificativa da internação):	
Sinais Vitais: ( ) Não informado/não se aplica	
FC: FR: Tax: PA: Sat O <sup>2</sup> :	
Leito Solicitado:	

( <input type="checkbox"/> ) Enfermaria adulto	( <input type="checkbox"/> ) Enfermaria pediátrica
( <input type="checkbox"/> ) Hospital dia	( <input type="checkbox"/> ) Obstétrico
( <input type="checkbox"/> ) Psiquiátrico	( <input type="checkbox"/> ) UTI adulto
( <input type="checkbox"/> ) UTI pediátrica	( <input type="checkbox"/> ) UTI neo natal
Cid principal:	Data da solicitação:
Hora:	Procedimento:
Assinatura do Responsável	

<b>DOCUMENTO DE CONTRARREFERÊNCIA - NOTA DE ALTA</b>	
Protocolo Regulação (opcional)	
<b>Dados de Identificação do Paciente</b>	
Nome:	
Nome Social:	
Cartão Nacional de Saúde:	Data de Nascimento:
Nome da Mãe:	Sexo: ( <input type="checkbox"/> ) Masculino ( <input type="checkbox"/> ) Feminino
Endereço:	
Telefones:	Município de residência:
Dados do Executante:	
Nome do Profissional:	
Nome do Estabelecimento:	Telefones:
<b>Dados da Internação/Atendimento</b>	
Resumo da Internação/Atendimento	

Prescrição/Medicamentos:	
<b>Motivo de Alta</b>	
<b>Encaminhamento</b>	
<input type="checkbox"/> Atenção Primária	<input type="checkbox"/> CAPS
<input type="checkbox"/> Ambulatório de saúde mental (Ament)	<input type="checkbox"/> Ambulatório do próprio serviço/hospital
<input type="checkbox"/> Outro/não se aplica	Cid principal:
Data da internação:	Data da alta:
Nome do serviço:	
<b>Assinatura do Responsável</b>	

- participar das reuniões da RAPS local e dos Grupos Condutores Regionais para pactuação e acompanhamento da linha de cuidado em saúde mental, com construção conjunta de fluxos de rede de saúde e intersetorial e garantia de acolhimento em diferentes portas de entrada;

- atender às urgências e emergências em saúde mental referenciadas pela RAPS local e/ou regional;
- garantir o atendimento do paciente pelo médico clínico plantonista nas situações em que não houver a presença do médico psiquiatra na admissão do usuário;
- garantir as ações de interconsulta com as demais equipes do hospital e equipes de outros serviços da rede de referência do usuário na perspectiva da integralidade e da continuidade da atenção;
- garantir a visita de familiares, rede afetiva e profissionais de referência do usuário durante a internação, de modo a fortalecer as relações sociais;
- articular com os demais serviços da RAPS desde o momento do início da internação, garantindo o acesso e acolhimento do usuário na rede após a alta hospitalar e a corresponsabilização do cuidado;
- promover atividades de educação permanente para os profissionais do hospital em conjunto com os demais serviços da RAPS;
- proporcionar aos usuários a participação em espaços terapêuticos em conjunto com a rede extra-hospitalar durante a internação;
- considerar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) para prescrição dos psicofármacos disponíveis na Rede no momento da alta do paciente;
- fornecer o formulário de solicitação de psicofármacos, quando for o caso, preenchido e assinado pelo médico responsável, para garantia do seguimento do tratamento medicamentoso fora da Instituição;

### **1.23 Parâmetros Assistenciais**

Estes serviços hospitalares devem atuar para preservar a vida, visando oferecer condições para a garantia e continuidade do cuidado através dos demais componentes dessa mesma RAPS presente no território.

Deve ainda garantir acesso e cuidado a todos os ciclos de vida, sem distinção de gênero e sem restrições de acesso por condições de saúde, clínica ou psiquiátrica.

As internações de crianças de até 12 anos deverão ocorrer obrigatoriamente com acompanhante em leitos/unidades separados dos adultos, preferencialmente na pediatria.

As internações de adolescentes de 12 a 18 anos deverão ocorrer em quartos separados dos adultos com direito à acompanhante.

## 1.24 Classificação e equipe mínima

EQUIPE	08 a 10 LEITOS	11 a 20 LEITOS	21 a 30 LEITOS
Equipe Multiprofissional	02 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 40 horas semanais 01 médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 10 horas por semana	04 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno e 03 por turno noturno 01 enfermeiro por turno 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 60 horas semanais 01 médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 20 horas por semana	05 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno e 04 por turno noturno 01 enfermeiro por turno 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 90 horas semanais 01 médico clínico responsável pelas interconsultas 01 ou 02 médicos psiquiatras responsáveis pelos leitos, contabilizando carga horária total de 30 horas por semana

\*As Unidades de Referência Especializada para atenção integral em Saúde Mental em Hospitais Gerais poderão ser compostas por leitos de saúde mental (código 87 no CNES), com habilitação federal (código 0636), e/ou por leitos de psiquiatria (código 47 no CNES), para os quais poderá ser concedido habilitação ao incentivo estadual.

\*\*O número de leitos de atenção integral em Saúde Mental não deverá exceder o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do Hospital Geral.

Cada unidade não poderá ultrapassar o máximo de 30 (trinta) leitos.

## 1.25 Requisitos à solicitação de Habilitação

Além da documentação comum a todas as especialidades, o processo deve conter:

(I) Projeto terapêutico conforme modelo a seguir:

### PROJETO TÉCNICO INSTITUCIONAL DA UNIDADE DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA PARA ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL

UF: Rio Grande do Sul

Gestor Municipal / Prefeito:
Nome do Município:
Secretário Municipal de Saúde:
Coordenador/a Municipal de Saúde Mental:
Natureza Jurídica do Hospital: Público ou Filantrópico
<b>DADOS GERAIS</b>
Razão Social:
CNPJ:
Endereço completo:
Técnico responsável pela equipe de saúde mental:
Responsáveis pelo projeto:
<b>1. JUSTIFICATIVA</b>
• características do município
• dados demográficos
• dados epidemiológicos
• contextualização da rede de atenção à saúde existente
• organização atual da rede de saúde mental (articulação, dificuldades, etc)
<b>2. FUNDAMENTOS LEGAIS E TEÓRICOS DO SERVIÇO</b>
Descrever a concepção teórica em saúde mental na atenção ao usuário com o suporte da legislação vigente.
<b>3. OBJETIVOS</b>
<b>4. MODELO DE ATENÇÃO</b>
4.1. CRITÉRIOS DE ACESSO AO SERVIÇO público alvo
4.2. PROCESSO DE ACOLHIDA, VÍNCULO E CONTRATO DE CUIDADOS Como se dará e quem fará a acolhida dos novos usuários, vínculo e contrato terapêutico, informação aos usuários do funcionamento do serviço
4.3. GARANTIA DOS DIREITOS DE FAMILIARES E USUÁRIOS Lei 10.216/01 artigo 2º.
4.4. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR ex. Cartilha HumanizaSUS O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a atenção ao usuário, em sua singularidade, desde o acolhimento

e admissão na Unidade de Referência Especializada para atenção integral em Saúde Mental em Hospital Geral até a transferência do cuidado para outro equipamento de saúde da rede de atenção;

O Projeto Terapêutico Singular deve:

- ser elaborado com a participação do usuário, considerando sua singularidade e direito de escolha;
- ser apresentado por escrito e permanecer disponível para consulta na Unidade de Referência Especializada para atenção integral em Saúde Mental em Hospital Geral;
- envolver o estabelecimento de fluxos de atenção entre os serviços da rede pactuados na lógica de linha de cuidado para garantir a devida qualidade do acesso e a continuidade do tratamento;
- avaliar permanentemente os indicadores de qualidade e humanização à assistência prestada.

#### 4.5. CONDIÇÕES DE ALTA (TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO)

#### 4.6 MODALIDADES DE ATENÇÃO

Descrever os tipos de dispositivos terapêuticos oferecidos e os profissionais responsáveis, seus objetivos e a frequência em que acontecem (anexar grade de atividades semanal):

A Unidade de Referência Especializada para atenção integral em Saúde Mental em Hospital Geral deverá contemplar em seu projeto técnico institucional as seguintes atividades:

- avaliação clínica, psiquiátrica, psicológica e social, realizada por equipe multiprofissional, devendo ser considerado o estado clínico/psíquico do paciente;
- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- atendimento em grupo (psicoterapia, orientação, atividades de suporte social, entre outras);
- abordagem familiar, que deve incluir orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em dispositivos extra-hospitalares;
- integração com programas locais de redução de danos, ainda durante a internação;
- preparação do usuário para a alta hospitalar (transferência do cuidado), garantindo a continuidade do tratamento em unidades extra-hospitalares da rede local de atenção integral (CAPS, ambulatórios, atenção primária), na perspectiva da construção de uma linha de cuidado que promova a construção de projetos singulares de vida e evite novas internações;
- mediante demandas de ordem clínica específica, estabelecer mecanismos de integração com outros setores do hospital geral onde a Unidade de Referência Especializada para atenção integral em Saúde Mental em Hospital Geral estiver instalado, por intermédio de interconsultas, ou ainda outras formas de interação entre os diversos serviços do hospital geral;
- utilização de protocolos técnicos para o manejo terapêutico de intoxicação aguda e quadros de abstinência decorrentes do uso de substâncias psicoativas, e complicações clínicas/psíquicas, devendo orientar-se pelas diretrizes "Identificação e manejo dos transtornos mentais e dos transtornos associados ao uso de crack/cocaína", do Ministério da Saúde;
- utilização de protocolos técnicos para o manejo de situações especiais, como por exemplo, a necessidade de contenção física;
- estabelecimento de protocolos para a referência e contrarreferência dos usuários, o que deve obrigatoriamente comportar instrumento escrito que indique o seu destino presumido, no âmbito da rede local / regional de cuidados na lógica da atenção integral em linha de cuidado;

• atividades comunitárias (descrever);
• visitas domiciliares (descrever).
<b>4.7 ARTICULAÇÃO COM A REDE</b> As ações de trabalho em rede e linha de cuidado devem contemplar:
• matriciamento
• pactuação de fluxos de referência e contrarreferência, na lógica de linha de cuidado
• reuniões periódicas com a rede
• capacitações em rede
• relação com serviços que compõem a rede de atenção integral em saúde mental do município ou região, descrevendo ações articuladas
<b>5. A EQUIPE</b>
• Composição (lista de profissionais em quadro com nome completo, carga horária, formação)
• Processo de trabalho da equipe (Descrever)
<b>6. REGISTROS</b>
• prontuário único e sistemático para cada usuário
• atas de reunião de equipe
<b>7. DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>

(II) Parecer da equipe de saúde mental da respectiva Coordenadoria Estadual de Saúde;

(III) Termo de garantia de acesso e de trabalho em rede assinado pelo hospital;

(IV) Termo de garantia de acesso aos serviços extra-hospitalares e de trabalho em rede assinado pelo gestor do município sede;

(V) Fluxos de trabalho em rede acordados no município/região de saúde de abrangência para garantia de acesso aos serviços que compõem a rede de atenção em saúde mental;

(VI) Ofício de solicitação de incentivo financeiro para Serviço Hospitalar de Referência para Atenção Integral em Saúde Mental, explicitando os quantitativos de leitos a serem habilitados;

**7- LEITOS DE SAÚDE PRISIONAL** (Item 9 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)

Os leitos de saúde prisional são leitos clínicos ou cirúrgicos destinados à internação da população privada de liberdade.

Atualmente o Estado conta com três hospitais com este perfil.

**1.26 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- internar população privada de liberdade;
- possuir a estrutura física capaz de garantir a segurança tanto do paciente internado nestes leitos quanto dos demais pacientes do hospital;

**8- LEITOS DE UTI E UCI** (Item 10 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)

Os leitos de UTI - Unidade de Terapia Intensiva são destinados para o atendimento à internação de pacientes críticos e, para pleitear o aporte de incentivo estadual através do ASSISTIR, é condição indispensável a habilitação federal.

Os leitos de UCI - Unidade de Cuidados Intermediários são destinados ao cuidado de pacientes entre a alta da UTI e internação em leitos clínicos ou cirúrgicos, objetivando o monitoramento constante do paciente e a liberação de leitos de UTI para pacientes com quadros mais graves.

**1.27 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos:**

- apresentar uma taxa de ocupação mínima de 80% (não descartando, com isso, a possibilidade de cobrança do Ministério da Saúde sobre sua exigência de taxa de ocupação) a ser avaliada trimestralmente, e considerando a melhoria constante da qualificação assistencial;
- estar adequado e cumprir os parâmetros mínimos da RDC 50/2002 e RDC 7/2010 da ANVISA, a Portaria MS/GM 930/2012, a Portaria de Consolidação nº 3 Títulos X e IV do Ministério da Saúde;
- a taxa de ocupação média mensal inferior a 60% (sessenta por cento) pelo período de 90 (noventa) dias passarão por reavaliação técnica;
- publicar, mensalmente, a taxa de mortalidade padronizada (quociente entre a mortalidade verificada sobre a mortalidade esperada), assinada pelo Responsável Técnico;

- garantir diagnóstico, a beira do leito, da Retinopatia da Prematuridade (ROP), em todo o recém-nascido internado em leitos de UTI Neo Natal, com peso ao nascer < 1500g e/ou Idade Gestacional < 32 semanas.
- considerar ainda nos leitos de UTI Neo Natal, a presença de fatores de risco, tais como: síndrome do desconforto respiratório, sepse, transfusões sanguíneas, gestações múltiplas e hemorragia intracraniana.

### **1.28 Parâmetros Assistenciais**

Os leitos de UTI são regulados na sua totalidade pelas regulações estadual ou municipais através da regulação compartilhada com o Estado e o acesso a estes leitos observará os critérios de (I) quadro clínico do paciente; (II) capacidade técnica do hospital; (III) disponibilidade de leito e (IV) questões logísticas e pactuações para deslocamento do paciente.

A reserva de leitos para cirurgia é permitida, porém, pelo período máximo de 48 horas, sendo esta solicitação sempre avaliada pela SES. Todavia, a qualquer momento a regulação estadual poderá utilizar qualquer leito, mesmo que reservado, para garantir o atendimento de pacientes graves.

Nos hospitais com leitos de UTI Neo Natal, exige-se, para manter qualificação do atendimento e acolhimento adequados, a especial atenção à chamada Retinopatia do Recém-Nascido (ROP). Esta é uma das principais causas de cegueira na infância e sabe-se que um maior número de deficiência visual grave é proporcional à qualidade da assistência nas UTINs (especialmente quanto a recursos humanos qualificados e equipamentos adequados).

O primeiro exame deverá ser realizado a partir da 4º semana de vida (ou quando o RN completar 31 semanas de Idade Gestacional corrigida). Este deverá ser realizado por oftalmologista com experiência em exame de retina de prematuro e conhecimento da doença para identificar as alterações retinianas sequenciais, utilizando oftalmoscópio binocular indireto.

Para permitir a classificação da ROP e a devida intervenção, necessária para evitar a deficiência visual, deverá ser utilizado como referência a Classificação Internacional de Retinopatia da Prematuridade (The International Classification of Retinopathy of Prematurity Revisited), determinando assim, a periodicidade da realização dos exames subsequentes e o tratamento indicado (se fotocoagulação, crioterapia ou ranibizumabe).

O procedimento de laser ou crioterapia poderão ser organizados e concentrados nos complexos hospitalares de maior porte, que tenham equipe especializada e o equipamento adequado, com a devida participação da regulação estadual.

### **1.29 Classificação e equipe mínima**

PARÂMETROS MÍNIMOS	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA E LEGAL
Equipe técnica, estrutura física, equipamentos, diagnóstico e tratamentos	Além desta Portaria, os hospitais deverão observar e cumprir obrigatoriamente RDC 50/2002; RDC 7/2010; Portaria de Consolidação MS nº 3 Títulos X e IV e Portaria MS/GM 930/2012

### **1.30 Requisitos à solicitação de habilitação**

Além da documentação comum a todas as especialidades, é requisito habilitação federal.

#### **9- MATERNIDADE DE ALTO RISCO (Item 11 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)**

A Maternidade de Alto Risco, integrante da Rede Materno Infantil do RS que oferece:

- a) atendimento multiprofissional às gestantes de alto risco no momento do parto/nascimento, intercorrências obstétricas, abortamento e demais funções relacionadas à atenção hospitalar da gestação de risco habitual e alto risco.;
- b) ações de atendimento integrado com a Atenção Primária e com os serviços de Ambulatório de Gestação de Alto Risco que realizam o pré natal de alto risco;
- c) atendimento a todas as gestantes de alto risco referenciadas ao serviço, com retaguarda as maternidades de risco habitual, conforme fluxo pactuado no âmbito da Rede Cegonha, garantindo "vaga sempre" para as gestantes." É super importante, porque as maternidades de alto risco negam acesso às gestantes quando não tem UTI neo.

### **1.31 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- apresentar todos os critérios técnicos requisitados na Maternidade de Risco Habitual.
- realizar atendimento de urgência/ emergência obstétrica, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;

- realizar atendimento em urgência e emergência obstétrica nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana. Assim como fornecer retaguarda às urgências e emergências obstétricas e neonatais atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede Cegonha em sua Região de Saúde e garantir o encaminhamento responsável;
- receber todas as gestantes de alto risco previamente vinculadas pela atenção básica e/ou ambulatório de gestante de alto risco (AGAR);
- receber todas as gestantes de alto risco encaminhadas diretamente pelo hospital de referência de risco habitual regional ou pela central de regulação estadual para atender as intercorrências durante a gestação e realização de parto;
- manter todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para centrais de regulação municipais ou estadual;
- implantar o acolhimento com classificação de risco em urgências obstétricas, ginecológicas e neonatais;
- manter a unidade de avaliação da vitalidade fetal pré-natal de alto risco da sua área de referência;
- Dispor de infra-estrutura para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) com equipamentos e estrutura profissional de acordo com as normas e regulamentos vigentes. Assumir o compromisso de inserção gradativa da oferta de UCI Neonatal Convencional e UCI Neonatal Canguru (UCINCa);
- dispor de infra-estrutura para Unidade de Terapia Intensiva Adulto com equipamentos e estrutura profissional de acordo com as normas e regulamentos vigentes. No caso do hospital não contar com esse serviço, deve haver pactuação para retaguarda de suporte imediato;
- manter Comitê Hospitalar de mortalidade materna e infantil e investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil (10-49 anos) ocorrida no Hospital, enviando, periodicamente, os relatórios de investigação para o Departamento de Ações e Políticas Públicas em Saúde da SES;
- estabelecer e colocar em prática plano de ação interno para a redução do percentual de cesáreas sempre que a maternidade atingir um percentual de parto normal inferior a 60%. Considerando a Classificação de Robson em Obstetrícia para o monitoramento e implementação de estratégias para redução de cesarianas

- comunicar situações que possam interferir nos atendimentos contratualizados e no fluxo da rede

### **1.32 Parâmetros Assistenciais**

Considerando que aproximadamente 15% das gestantes poderão ser classificadas como de alto risco, garantir o acesso hospitalar para o nascimento do bebê em local adequado e com os recursos necessários para a segurança e o cuidado integral é indispensável e, para habilitarem-se como maternidade de alto risco junto ao Ministério da Saúde, os hospitais devem apresentar um quantitativo mínimo de 800 nascimentos anualmente, dado obtido a partir do relatório SINASC - Ocorrência por Estabelecimento de Saúde, e que garantam acesso aos partos de risco habitual das gestantes a ele referenciadas.

### **3.3 Classificação e equipe mínima**

<b>EQUIPE</b>	<b>MATERNIDADE DE ALTO RISCO</b>
Equipe Multiprofissional	<p>Enfermeiro e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana.</p> <p>Enfermeiro Obstetra, Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Neonatologista ou Intensivista Pediatra, Médico Pediatra, Nutricionista, Farmacêutico e Psicólogo disponíveis sempre que necessário.</p>
Médico Obstetra	Disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana.
Médico Pediatra	Disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana.
Médico Anestesista	Disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana
Diagnóstico e tratamento	<p>Disponível 24 horas por dia, sete dias por semana:</p> <p>02.05.02.014-3 - ultrassonografia obstétrica            02.11.02.003-6 - eletrocardiograma            - Cardiotografia            - Serviço de radiologia            - Laboratório clínico            - Posto de coleta de leite humano            - Garantir acesso à ultrassonografia com “doppler”, caso necessário.</p>

### **3.4 Requisitos à solicitação de habilitação**

Habilitação federal

**10-MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL** (Item 12 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)

A Maternidade de Risco Habitual, integrante da Rede de Atenção Materno – Infantil do RS que oferece:

- 1) atendimento multiprofissional às gestantes de risco habitual no momento do parto/nascimento, intercorrências obstétricas, abortamento de demais funções relacionadas à atenção hospitalar da gestação de risco habitual;
- 2) ações de atendimento integrado com a Atenção Primária realiza pré-natal de risco habitual.

### **1.33 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- atender à necessidade estimada de partos pelo Sistema Único de Saúde da região a qual pertença, devendo a maternidade constar no Plano de Ação da Rede Cegonha Estadual;
- estar articulada em rede para receber todos os encaminhamentos advindos da atenção primária à saúde e/ou intercorrências/emergências, durante a gestação ou puerpério tendo como obrigação de, nas situações em que a gestante estiver internada em uma maternidade de risco habitual e necessite de atendimento de alto risco, seguir o fluxo de contato direto entre os serviços para transferência da paciente dentro de sua referência pactuada. Apenas os leitos de UTI neonatais são regulados pela central de regulação;
- inserir no processo de trabalho da Instituição a Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde, ou atualizações do mesmo, para reorganizar a porta de entrada dos atendimentos, tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente, potencializando o trabalho em equipe dos setores da maternidade, através de uma comunicação institucional sistematizada;
- assumir a corresponsabilidade na avaliação e classificação de risco da gestante e o encaminhamento a serviço de maior complexidade sempre que necessário;
- dispor de médico obstetra, médico pediatra, médico anestesista e enfermeiro nas 24 horas do dia, assumindo o compromisso de inserção gradativa da enfermeira obstétrica no processo assistencial;
- Cumprir os dispositivos das diretrizes de atenção ao parto normal e ao parto cesariano, conforme recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC);
- seguir as recomendações para a prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, conforme orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual

de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização;

- assegurar o respeito à diversidade cultural, étnica, racial e sexual das gestantes e seus familiares;
- garantir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério, conforme Lei nº 11.108/2005;
- realizar ações de planejamento reprodutivo pós-parto ou abortamento;
- orientar de forma precisa o acesso e uso dos métodos contraceptivos no puerpério, reafirmando o direito de acesso a métodos contraceptivos de escolha da mulher, de modo a não ter uma gravidez não planejada;
- assumir o compromisso de inserção gradativa da oferta de DIU pós-parto e abortamento;
- realizar a contrarreferência da mulher para o serviço de atenção primária do seu território, garantindo a continuidade do cuidado;
- realizar a atenção ao puerpério imediato e garantir a longitudinalidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido através do sistema de referência e contrarreferência com a equipe de atenção primária;
- realizar o acolhimento, os primeiros atendimentos e o encaminhamento à rede especializada conforme o estabelecido na lei nº 12.845/2013, nos casos de violência sexual;
- encaminhar a gestante para os serviços de referência nos casos de aborto previsto em lei ou interrupção legal da gestação;
- realizar as notificações e investigações sanitárias vigentes, principalmente a investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais e para as notificações compulsórias de doenças e agravos durante a gestação e em casos de violência;
- estabelecer e colocar em prática plano de ação interno para a redução do percentual de cesáreas sempre que a maternidade atingir um percentual de parto normal inferior a 70%. Considerando a Classificação de Robson em Obstetrícia para o monitoramento e implementação de estratégias para redução de cesarianas
- atender às exigências de infraestrutura física, processos e procedimentos preconizados pela legislação dos órgãos de Vigilância Sanitária e do Ministério da Saúde para uma ambiência e realização dos procedimentos adequados às boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

- realizar o atendimento hospitalar integral em situações de abortamento utilizando as recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização.
- seguir as boas práticas do parto e nascimento conforme recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização
- seguir as recomendações de segurança do paciente conforme orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização
- assegurar o respeito, a proteção e a garantia dos direitos humanos e dos direitos sociais.
- comunicar situações que possam interferir nos atendimentos contratualizados e no fluxo da rede

### **1.34 Parâmetros Assistenciais**

Os hospitais, para se inserirem à rede materno infantil, devem apresentar um quantitativo mínimo de 365 nascimentos anualmente, dado obtido a partir do relatório SINASC, ocorrência por estabelecimento de saúde que garantam acesso aos partos de risco habitual das gestantes a ele referenciadas.

Em caráter excepcional, na possibilidade de serem identificadas localidades de difícil acesso e/ou de vazios assistenciais, poderão ser considerados serviços com ocorrência inferior a 365 partos anuais, desde que estes serviços de saúde contemplem os demais critérios para o atendimento ao risco habitual, ou apresentem documento assinado pela direção técnica da instituição formalizando a garantia de acesso com segurança para paciente e equipe e sejam inseridos no desenho regional da rede materno-infantil. Incorporando gestantes residentes nos municípios da área de abrangência com menor ocorrência de nascimentos, com fluxos assistenciais pactuados e com possibilidade de ocorrência anual mínima de 200 nascimentos.

No entanto, essas unidades deverão estar localizadas em Hospitais Gerais com no mínimo 50 leitos e anexar ao processo, documento assinado pela direção técnica da instituição, formalizando a garantia de acesso com segurança à paciente e que a equipe que realizará a assistência.

### **10.3 Classificação e equipe mínima**

EQUIPE	MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL
Equipe Multiprofissional	Enfermeiro e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana.
Médico Obstetra	Disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana.
Médico Pediatra	Disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana.
Médico Anestesista	Disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana.

#### **10.4 Requisitos à solicitação de habilitação**

Conforme documento orientativo da SES/RS.

#### **11-EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE DIAGNÓSTICO**

**REALIZADOS NAS UNIDADES ONCOLÓGICAS** (Item 13 da tabela do Capítulo I:  
Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)

Considerando a necessidade de atualização dos parâmetros assistenciais para a organização da rede de atenção oncológica no país, em dezembro/2019, foi publicada a Portaria SAES/ MS Nº 1.399/2019, a qual redefiniu os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.

A portaria traz os novos parâmetros mínimos de produção, recursos humanos, necessidade de atualização de referenciamento de determinadas especialidades, bem como a atualização do Plano Estadual de Oncologia. Segundo a portaria, considerando a proporção de usuários dependentes da saúde suplementar no RS, o número de hospitais necessários para o atendimento do câncer seria de 36 estabelecimentos.

Desta forma, entende-se que no momento temos 83% do número ideal de unidades em atividade. As habilitações da Santa Casa de São Gabriel, na 10ª CRS, para ampliação de serviços da Macrorregião Centro-Oeste, e do Hospital Infantil Ivan Goulart, de São Borja, que poderá atender à microrregião onde se encontra, estão em análise pelo MS.

Houve aumento na produção de endoscopias digestivas altas (15%) e colonoscopias (9%), e diminuição de 30% na realização de retossigmoidoscopias. Desse modo, pode-se estabelecer que o RS deveria produzir anualmente (somente focando em UNACON e CACON) 57.600 endoscopias (atingiu-se 76% do esperado) e 86.400 colonoscopias e retossigmoidoscopias (atingimos em 2019 o valor de 32,75% do

normatizado). Importante salientar que, devido à alteração de parâmetros em função da publicação da nova portaria supracitada, o número de exames endoscópicos digestivos exigidos pela nova legislação seria de 18.000/ano (levando em consideração endoscopias altas e baixas), sendo que a produção de 2019 no RS é de 72.196 exames.

Apesar de os números serem considerados de acordo com os parâmetros mínimos exigidos, há que se otimizar a rede de acesso a diagnóstico endoscópico em virtude da alta taxa de mortalidade deste subtipo de neoplasia no RS.

### **1.35 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos:**

- acolher a todos pacientes com diagnóstico já firmado de câncer ou aqueles que apresentam suspeitas clínicas e foram encaminhados à unidade oncológica e precisam de exames para o diagnóstico;
- ampliar a produção de exames e procedimentos diagnósticos em, no mínimo, 5% (cinco por cento) ao ano.

### **1.36 Parâmetros Assistenciais**

Os parâmetros previstos na legislação federal, preveem que cada unidade é responsável, minimamente, por 1.000 (mil) casos novos a cada ano. Para tanto, realizam exames para diagnóstico e acompanhamento, como: biópsias, exames anatomicopatológicos, ultrassonografias, esofagogastroduodenoscopias, colonoscopias, retossigmoidoscopias, mamografias, tomografias, entre outros e devem, obrigatoriamente, proporcionar toda a linha de cuidado ao paciente.

### **1.37 Classificação e equipe mínima**

As Unidades Oncológicas são denominadas de UNACON (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) ou CACON (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia).

<b>PARÂMETROS MÍNIMOS</b>	<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA E LEGAL</b>
Equipe técnica, estrutura física, equipamentos, diagnóstico e tratamentos	Portaria SAES/ MS Nº 1.399/2019

### **1.38 Requisitos à solicitação de Habilitação**

Além da documentação comum a todas as especialidades, é requisito habilitação federal como UNACON ou CACON.

**12-PORTEIRA DE ENTRADA HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** (Item 14  
da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR)

- a) Serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, psiquiátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas.
- b) O atendimento ininterrupto é aquele disponível nas 24 horas do dia, em todos os dias da semana, sem a negativa de acesso, com acolhimento a todos os pedidos de socorro.

**1.39 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- possuir estrutura e equipe capacitada para atendimento e estabilização de paciente crítico;
- dispor de serviços de apoio diagnóstico, com laboratório clínico e de imagem em tempo integral;
- submeter-se à regulação estadual, sem negativa de acesso, conforme as referências pactuadas;
- acolher, sem negativa de acesso, pacientes de fora das referências pactuadas quando encaminhados pela regulação estadual;
- possuir o sistema informatizado do SAMU na porta de entrada para receber pacientes e registrar atendimentos;
- estabelecer e adotar protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e procedimentos administrativos no hospital;
- implantar processo de acolhimento com classificação de risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato;
- articular com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), as unidades de pronto atendimento (UPA) e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;
- submeter-se à regulação estadual, à qual caberá coordenar os fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;

- possuir equipe multiprofissional compatível com o porte da porta de entrada hospitalar de urgência;
- organizar o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como “diarista”, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe;
- implantar mecanismos de gestão da clínica, visando à: (a) qualificação do cuidado; (b) eficiência de leitos; (c) reorganização dos fluxos e processos de trabalho e (d) implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;
- garantir a retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em sua região, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias, conforme previsto no Plano de Ação Regional ou por definição da Secretaria Estadual de Saúde;
- garantir o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
- realizar o contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência.

#### **1.40 Parâmetros Assistenciais**

A Rede de Atenção às Urgências (RAU) tem a finalidade de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna. A RAU está organizada em oito componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; hospitalar; e Atenção Domiciliar. As diretrizes da RAU estão definidas nas Portarias de Consolidação GM/MS Nº 03/2017 e Nº 06/2017.

No Componente Hospitalar, as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência são serviços de atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas ou referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, psiquiátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, conforme Portaria de Consolidação GM/MS Nº 03/2017.

O perfil assistencial de cada porta de entrada a partir do porte do referido serviço.

#### **1.41 Classificação e equipe mínima**

- as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e Emergência serão classificadas nos seguintes portes:

*PORTE	NÚMERO DE LEITOS	HABILITAÇÃO EM ALTA COMPLEXIDADE	EQUIPE MÍNIMA	PERFIL ASSISTENCIAL
Geral I	Até 50 leitos	Não se aplica	Dispor de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem.	Atendimentos clínicos de média complexidade
Geral II	51 a 99 leitos	Não se aplica	Dispor de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem.	Atendimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade
Geral III	Mais de 100 leitos	Não se aplica	Dispor de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem.  Obrigatório Pediatra, Cirurgião	Atendimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade

			e Anestesiologista.	
Especializado I	Mais de 100 leitos	Ao menos uma habilitação federal, em alta complexidade, nas especialidades de Traumato-Ortopedia e/ou Neurologia/Neurocirurgia e/ou Cardiologia	Dispor de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem.  Obrigatório Pediatra, Cirurgião e Anestesiologista.	Atendimentos clínicos e cirúrgicos de média e alta complexidade
Especializado II	Mais de 100 leitos	Ao menos duas habilitações federais, em alta complexidade, nas especialidades de Traumato-Ortopedia e/ou Neurologia/Neurocirurgia e/ou Cardiologia	Dispor de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem.  Obrigatório Pediatra, Cirurgião e Anestesiologista.	Atendimentos clínicos e cirúrgicos de média e alta complexidade

\*Quando da habilitação/qualificação das portas de entrada pelo Ministério da Saúde através do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência - PAR da RUE, o valor aportado pelo Estado a título de incentivo para este tipo de serviço será reduzido para o valor correspondente ao porte imediatamente inferior ao porte habilitado pelo ente federal.

O tipo de serviço porta de entrada poderá contar ainda com a especialidade cirúrgica na porta, serviço médico, operando 24 horas por dia, sete dias por semana, nas especialidades de Oftalmologia, Cirurgia Vascular, Neurologia Clínica e Cirúrgica, Traumato-Ortopedia, Buco-Maxilo-Facial, desde que a instituição não seja habilitada em Alta Complexidade para a referida especialidade.

A especialidade cirúrgica na porta está contemplada dentro do tipo de serviço Ambulatório de Especialidades Cirúrgicas e tem por objetivo a qualificação do atendimento de urgência e emergência de acordo com a análise das áreas técnicas que determinam o território e o serviço que necessita deste aporte técnico em sua estrutura.

#### **1.42 Requisitos à solicitação de habilitação**

- estar instaladas em unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências (RAU);

### **SUPLEMENTARES DIFERENCIAIS**

Incentivo suplementar para serviços que contemplem a integralidade da linha de cuidado, bem como, os serviços em áreas estratégicas para garantir as referências nas macrorregiões de saúde. Os hospitais que receberem um valor por tipo de serviço, considerando a totalidade da linha de cuidado e/ou as áreas e as especialidades estratégicas para garantir as referências de atendimento nas macrorregiões de saúde, perceberão um percentual adicional, denominado Suplementar Diferencial - SD, sobre determinado tipo de serviço. Assim, elencamos a seguir os suplementares diferenciais priorizados com suas justificativas.

#### **A) AMBULATÓRIO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (Item 1 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD)**

Pessoa com deficiência é aquela que tem comprometimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem dificultar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU, 2007).

A atenção à pessoa com deficiência no SUS está amparada pela Portaria de Consolidação Nº 3/2017, Anexo VI. De acordo com os métodos utilizados no Censo Demográfico em 2010, o total de pessoas com deficiência residentes no Brasil representava 23,9% da população brasileira, isto é, os indivíduos ou seus representantes que responderam afirmativamente pelo menos uma das deficiências investigadas, dentre as opções de resposta:

Alguma dificuldade/Muita dificuldade/Não consegue de modo algum. Porém, de acordo com a Nota Técnica IBGE Nº 01/2018, a qual trata da releitura dos dados de

pessoas com deficiência no Censo à luz das recomendações do Grupo de Washington, identificam-se como pessoa com deficiência apenas os indivíduos que responderam ter muita dificuldade ou não consegue de modo algum em uma ou mais questões do tema apresentadas no questionário do Censo 2010, o que corresponde a 6,7% da população total.

A atenção à saúde da pessoa com deficiência no SUS preconiza o cuidado integral, em todos os níveis de atenção, visando a proporcionar autonomia, qualidade de vida e inclusão social. Contempla ações de promoção e prevenção, diagnóstico precoce, acesso aos serviços e procedimentos, qualidade e humanização da atenção, em todos os níveis de complexidade.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) contempla os seguintes componentes: AB, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Os pontos de atenção no nível secundário e terciário da rede, Serviços de Modalidade Única em Reabilitação ou Centro Especializado em Reabilitação (CER) devem estar articulados aos demais pontos da RAS, mediante regulação do acesso, garantindo a integralidade da linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades de saúde das pessoas com deficiência.

Sendo parte integrante do tipo de serviço ambulatório de especialidades, o ambulatório para pessoa com deficiência é considerado um suplementar diferencial a este tipo de serviço sendo atribuído aos hospitais que prestarem este serviço, com as especificações definidas tecnicamente, merecendo referência o atendimento integral sob anestesia quando o paciente não tolera por qualquer motivo a intervenção de um profissional de saúde.

#### **A.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- atender pacientes com deficiência referenciados pela regulação estadual ou municipal;

#### **B) ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CASOS AGUDOS EM HEMATOLOGIA (Item 2 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD)**

Dentre os agravos hematológicos que necessitam de intervenção rápida com acesso no tempo oportuno ao atendimento hospitalar estão as leucemias.

A leucemia é uma doença maligna dos glóbulos brancos, geralmente, de origem desconhecida e tem como principal característica o acúmulo de células doentes na medula óssea, que substituem as células sanguíneas normais. Na leucemia, uma célula sanguínea que ainda não atingiu a maturidade sofre uma mutação genética que a transforma em uma célula cancerosa. Essa célula anormal não funciona de forma adequada, multiplica-se mais rápido e morre menos do que as células normais. Dessa forma, as células sanguíneas saudáveis da medula óssea vão sendo substituídas por células anormais cancerosas.

Existem mais de 12 tipos de leucemia, sendo que os quatro primários são leucemia mieloide aguda (LMA), leucemia mieloide crônica (LMC), leucemia linfocítica aguda (LLA) e leucemia linfocítica crônica (CLL)<sup>9</sup>.

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, a estimativa de casos no ano de 2020 era de 10.810 novos casos de leucemia e, se considerarmos o número de óbitos ocorridos em 2019 por esta doença, a taxa de mortalidade ultrapassa 68%.

Contudo, este é um atendimento que exige estrutura técnica e de profissionais bastante específica e, com o objetivo de proporcionarmos também a economia de escala, considerou-se o atendimento a este agravo como um suplementar diferencial ao tipo de serviço de porta de entrada.

#### **B.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- atender pacientes com quadro agudo de leucemia, seja pela porta de entrada da emergência, seja através de transferência hospitalar solicitada pela regulação estadual ou municipal;
- atender pacientes com quadro agudo suspeito de leucemia, seja pela porta de entrada da emergência, seja através de transferência hospitalar solicitada pela regulação estadual ou municipal;

#### **C) FORMAÇÃO RAPS ESCOLA (Item 3 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD)**

O dispositivo Estadual RAPS Escola visa implantar e implementar estratégias de Educação Permanente e de educação continuada em saúde mental coletiva e em psiquiatria, oferecendo formação a profissionais da área da saúde para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), na lógica do cuidado em rede e no território, de forma articulada com os diferentes dispositivos que compõem a RAPS dos municípios.

Visa garantir que a formação dos profissionais possa permear todos os níveis de complexidade que compõem o cuidado em saúde mental na RAPS: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção hospitalar, atenção às urgências e emergências, atenção residencial de caráter transitório e estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial presentes no território.

Os hospitais que possuem Programa de Residência Médica em Psiquiatria e/ou de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva com formação nesta lógica (permeando diferentes pontos da RAPS municipal) terão adicional ao incentivo estadual.

#### **C.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- implantar e implementar estratégias de Educação Permanente e de educação continuada em saúde mental coletiva e em psiquiatria;
- garantir que a formação dos profissionais possa permear todos os níveis de complexidade que compõem o cuidado em saúde mental na RAPS: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção hospitalar, atenção às urgências e emergências, atenção residencial de caráter transitório e estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial presentes no território;
- possuir Programa de Residência Médica em Psiquiatria e/ou de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva.

#### **D) HOSPITAL PÚBLICO COM ATÉ 99 LEITOS E HOSPITAL PÚBLICO COM MAIS DE 100 LEITOS (Itens 4 e 5 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD)**

Os hospitais públicos municipais são estabelecimentos que demandam administração dos municípios, geralmente com um custo bastante elevado para o ente municipal, tendo estes estabelecimentos prioridade na contratualização de serviços de saúde, de acordo com a CF de 1988.

Cabe ainda referir que são serviços de saúde de grande relevância para a prestação de serviços SUS no estado do Rio Grande do Sul, justificando assim a alocação de recursos diferenciados através do suplementar diferencial no novo programa de incentivos do Estado.

#### **D.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- ser hospital público municipal com até 99 leitos ou acima de 100 leitos;

**E) INTERNAÇÃO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SAÚDE MENTAL (Item 6 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD)**

Todos os estabelecimentos hospitalares que possuem leitos de saúde mental/psiquiatria incentivados devem garantir acesso e cuidado sem distinção de ciclos de vida, prestando atendimento a crianças e adolescentes. No entanto, os hospitais que possuem Unidades de Referência Macrorregionais para Atenção Integral em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes nos Hospitais Gerais, previstas na Resolução CIB/RS 273/2019, terão adicional ao incentivo estadual. Estas Unidades deverão atender crianças e adolescentes da macrorregião de saúde, após esgotada a complexidade de cuidado das Unidades de Referência Especializadas para Atenção Integral em Saúde Mental dos Hospitais Gerais (casos refratários).

**E.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- possuir Unidades de Referência Macrorregionais para Atenção Integral em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes nos Hospitais Gerais;
- atender crianças e adolescentes da macrorregião de saúde, após esgotada a complexidade de cuidado das Unidades de Referência Especializadas para Atenção Integral em Saúde Mental dos Hospitais Gerais (casos refratários).

**F) LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL (Item 7 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD)**

Todas as informações já descritas no tipo de serviço Leitos de Saúde Mental também devem ser consideradas neste suplementar diferencial, acrescendo aqui a importância dos leitos de saúde mental estarem localizados em hospitais gerais. MATERNIDADE COMPLETA O suplementar diferencial de maternidade completa objetiva valorizar os serviços que possuem a linha de cuidado completa na rede materno infantil, atendendo desde as gestantes de risco habitual até o parto de uma gestação de alto risco que possa demandar a necessidade de leito de UTI Neo Natal, contemplando todos os tipos de serviço descritos na Linha de Cuidado Materno Infantil.

**F.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- estar classificado como hospital geral e possuir leitos de saúde mental;

**G) PRONTO SOCORRO (Item 9 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD)**

O conjunto de serviços de urgência 24 horas, incluindo os Prontos Socorros, fazem parte da Rede de Atenção às Urgências, com a finalidade de ampliar e qualificar o acesso integral aos usuários em situação de urgência e emergência, de forma ágil e oportuna.

O Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre é um Centro de Referência em Assistência a Queimados, com Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia. O Hospital de Pronto Socorro Deputado Nelson Mazhezan, no município de Canoas, tem habilitação de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia.

Ambos são estabelecimentos de saúde com grande relevância para o atendimento às urgências no Estado, na medida em que com habilitação federal como Portas de Entrada Hospitalares de Urgência especializadas prestam atendimento ininterrupto, 24 horas do dia em todos os dias da semana, ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas<sup>10</sup>.

Contudo é importante enfatizar que os hospitais aqui classificados como Pronto Socorro dispõem de alta tecnologia e uma gama de profissionais altamente qualificados para o atendimento no momento mais crítico do paciente, objetivando a sua estabilização e a manutenção da vida até a internação no próprio hospital ou transferência para outro serviço, sempre de acordo com a avaliação técnica do quadro de saúde do paciente.

#### **G.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- estar classificado como hospital de pronto socorro;

#### **H) TRANSPLANTES (Itens 10, 11 e 12 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD)**

O gestor estadual é responsável pela regulação e logística do processo de Doação e Transplantes do RS. Este se inicia a partir da Notificação Compulsória do Diagnóstico de Morte Encefálica, certificação dos potenciais doadores e efetivação do doador após entrevista familiar.

O transplante é uma medida terapêutica cujo objetivo é salvar vidas ou melhorar a qualidade de vida dos pacientes que se encontram na fila de espera para receber um órgão. O Brasil é o segundo país no mundo com maior número de transplantes, sendo o processo totalmente gerido e realizado pelo SUS.

O RS é o quarto estado transplantador por milhão de população no Brasil, sendo destaque e líder para transplantes de pulmão, transplantes renais pediátricos e segundo

lugar em transplantes pediátricos de fígado. Nos últimos três anos, houve queda gradual no número de doadores efetivos, sendo que, do total de notificações, aproximadamente 30% dos potenciais doadores foram efetivados. Esse indicador está relacionado ao aceite das famílias à doação, o qual atualmente segue uma média de 40% de negativas.

O trabalho realizado pelo gestor estadual tem sido, de forma prioritária, o desenvolvimento de ações como parcerias com organizações não governamentais e órgãos governamentais com vistas a definir estratégias para a conscientização da população em relação à doação de órgãos; implementação de Equipes de Captação de Órgãos, no interior do Estado e na Região Metropolitana, visando aumentar a agilidade nas captações e, consequentemente, a redução da lista de espera para transplantes; trabalho conjunto com as Organizações Procuradoras de Órgãos e Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos, com monitoramento dos fatores decisivos na efetivação dos potenciais doadores.

A partir de 2021, o Departamento de Regulação Estadual (DRE) tem por finalidade aumentar o quantitativo de transplantes realizados em 10% ao ano, através da instituição de coordenadores de transplantes nos 20 hospitais de neurocirurgia do Estado, da implantação de seis equipes cirúrgicas de retirada de órgãos e da implantação e desenvolvimento de sistema informatizado integrado ao Sistema Nacional de Transplantes.

Sendo parte integrante do tipo de serviço leitos de UTI, os hospitais habilitados/credenciados nesta linha de cuidado receberão um suplementar diferencial a este tipo de serviço desde que atendam às especificações definidas tecnicamente.

#### **H.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais**

- implantar e manter a referida organização de acordo com as normas gerais de funcionamento previstas na Resolução nº 083/2010 – CIB/RS, e com os requisitos específicos relacionados abaixo;
- manter a equipe da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT e contratar profissionais para a OPO – Organização de Procura de Órgãos;
- manter infraestrutura adequada ao funcionamento da OPO, em relação à área física, equipamentos e transporte da equipe;

- enviar os relatórios de atividades da OPO (Anexo I), sem prejuízo dos relatórios já previstos para as CIHDOTTs na Portaria GM/MS nº 2600, de 21/10/2009;
- monitorar diariamente as internações em UTIs com a finalidade de detecção de pacientes classificados como possíveis doadores (Glasgow 3). Esta atividade deve ser presencial em cada UTI, no mínimo três vezes por semana;
- acompanhar o processo de definição da morte encefálica e auxiliar no fluxo técnico da UTI para manutenção da viabilidade do doador;
- integrar equipes de retiradas de órgãos do estado, sendo demandadas, quando necessário, pela CNCDO/RS;
- assessoria e acompanhamento técnico para as demais UTIs da macro-região de abrangência, sob solicitação da Central de Transplantes.

**H.2) Requisitos específicos das OPO'S – CAPTADORAS DE ÓRGÃOS E CIRÚRGICAS (SD nºs 10 e 11 da tabela do Capítulo II do Anexo I):**

1. Gestão e capacitação das equipes multidisciplinares envolvidas no ato operatório nas retiradas cirúrgicas, coordenadores hospitalares de transplante e demais profissionais relacionados aos programas de transplantes, de acordo com a necessidade, podendo abranger profissionais de outras instituições;
2. Coletas de materiais para biópsias;
3. Procedimentos de canulação, automação e supervisão da perfusão ex-vivo de órgãos abdominais;
4. Transplantes qualificado dos órgãos doados no Rio Grande do Sul ou oriundos de outros estados, e dos demais materiais biológicos concernentes ao processo de transplante de órgãos e tecidos, em deslocamentos terrestres ou aéreos, em regime de 24 horas por dia, sete dias por semana, em todo o território do Rio Grande do Sul, além de Santa Catarina e Paraná, nos casos em que se aplique;
5. Para outras normativas, será criada Nota Técnica da SES.

RELATÓRIO MENSAL DA OPO		
Instituição:		
Mês/Ano:		
1. Indicadores:		
Atividades	Locais (Hospitais)	Locais (Hospitais)
Detecção de doadores possíveis (Glasgow 3)		

Notificação de doadores em ME		
Doações efetivas – por local de notificação da ME		
Paradas cardiorrespiratórias irreversíveis em potenciais doadores em morte encefálica.		
Contra-indicação médica para potenciais doadores		
Negativas familiares de potenciais doadores		
Atividades Educativas realizadas ou com comprovação de participação (Palestras, campanhas, reuniões, capacitações)		
2. Dificuldades detectadas no processo de confirmação da morte encefálica e/ou efetivação da doação :		
Médico Responsável:		
Assinatura:		

**Anexo 2:** Relatório-padrão de controle pelas CACs

<b>RELATÓRIO PADRÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO ASSISTIR PELAS COMISSÕES DE ACOMPANHAMENTO DE CONTRATOS</b>	
CNES do Hospital:	
Nome do Hospital:	
Período avaliado:	
<b>TIPOS DE SERVIÇO</b>	
1. Possui AGAR? ( ) Sim ( ) Não ( ) Tipo I ( ) Tipo II	
<b>1.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos</b>	
a) realiza atendimento multiprofissional em regime ambulatorial às gestantes de alto risco ou que necessitem acompanhamento periódico devido a doenças prévias ou próprias da gestação. O atendimento deve ser de forma compartilhada pelas equipes da APS, na modalidade interdisciplinar de atenção contínua, de acordo com as competências e atribuições de cada categoria profissional? ( ) Sim ( ) Não	
b) estabelece fluxos com Serviços Hospitalares de referência à gravidez de alto risco, em acordo com os parâmetros assistenciais e referências pactuadas com possíveis atualizações da mesma e portarias estaduais que venham a completá-la? ( ) Sim ( ) Não	
c) realiza ações de capacitação e apoio matricial/matriciamento da Rede de Atenção que realiza pré-natal, auxiliando na condução do pré-natal de risco habitual e de alto risco nos demais níveis de atenção, em particular na atenção primária? ( ) Sim ( ) Não	
d) adota o desenho de referências regionalizadas conforme pontuação e linha de cuidado da Rede da Atenção Materno-Infantil do RS? ( ) Sim ( ) Não	
e) utiliza as diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas recomendadas/adotadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde-RS e instituir a classificação de risco da gestação de acordo com as diretrizes do Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, de outubro de 2010, ou atualizações do mesmo? ( ) Sim ( ) Não	
f) adota o desenho da linha de cuidado da Rede Cegonha no RS como modelo da linha de cuidado do AGAR, devendo estar vinculado a uma maternidade de alto risco, que deverá ser a referência de atendimento ao parto e intercorrências obstétricas gestacionais nas pacientes que não preencherem critérios de alta do ambulatório de Gestação de alto risco? ( ) Sim ( ) Não	
g) garante acesso aos exames necessários para atenção integral no alto risco, conforme recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS? ( ) Sim ( ) Não	
h) utiliza os critérios de encaminhamento da atenção básica para o AGAR, bem como para classificação de prioridade, que constam na Nota Técnica do Pré-natal na Atenção Básica, RESOLUÇÃO Nº 022/19-CIB/RS, e no Protocolo de Encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco) do TELESSAÚDE/UFRGS/RS de 2019 e da Regulação Estadual, e as atualizações	

dos mesmos? ( ) Sim ( ) Não

- i) realiza o registro do atendimento no prontuário, caderneta da gestante, formulários, encaminhamentos, laudos? ( ) Sim ( ) Não
- j) participa dos comitês de mortalidade infantil, fetal e materno, colegiados de maternidade, Grupo Condutor da Rede Cegonha, Fóruns Perinatais e outros espaços intra e intersetoriais? ( ) Sim ( ) Não
- k) utiliza o SISPRENATAL, ou outro sistema oficial com capacidade de integração de dados, mantendo versão atualizada, como sistema de acompanhamento das gestantes de alto risco? ( ) Sim ( ) Não
- l) realiza monitoramento de resultados e indicadores em consonância com as metas pactuadas para contribuir na redução da morbimortalidade materna e infantil? ( ) Sim ( ) Não

## 1.2 Classificação e equipe mínima

### AGAR I

- a) Possui Enfermeiro com a carga horária mínima de 40 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui Assistente Social com a carga horária mínima de 08 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- c) Possui Psicólogo com carga horária mínima de 08 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- d) Possui Nutricionista com a carga horária mínima de 08 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- e) Possui médico Obstetra com experiência no atendimento à gestante de alto risco por turno de serviço com carga horária mínima de 40 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- f) Possui médico Clínico Geral com carga horária mínima de 08 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- g) Realiza o mínimo de 70 primeiras consultas e 3.050 consultas de retorno ou acompanhamento no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual, respeitando a carga horária mínima semanal de 40 horas e 06 consultas por turno por profissional? ( ) Sim ( ) Não
- h) Realiza o mínimo de 832 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual, respeitando a carga horária mínima semanal de 08 horas e 08 consultas por turno por profissional? ( ) Sim ( ) Não
- i) Realiza o mínimo de 8.400 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual? ( ) Sim ( ) Não
- j) Realiza estes exames e procedimentos sempre que necessário, não havendo negativa de atendimento ou acesso?
  - o 02.11.04.006-1 - tococardiografia ante-parto ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.05.02.014-3 - ultrassonografia obstétrica ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.05.02.015-1 - ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.11.02.003-6 - eletrocardiograma ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.02.02.002-9 - contagem de plaquetas ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.02.01.069-4 - dosagem de ureia ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.02.09.008-6 - dosagem de creatinina ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.02.01.012-0 - dosagem de ácido úrico ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.02.01.061-9 - dosagem de proteínas totais ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.02.01.007-4 - determinação de curva glicêmica clássica (5 dosagens) ( ) Sim ( ) Não

- k) Quando necessário o serviço realiza os exames complementares necessários para o cuidado integral de algumas gestantes? ( ) Sim ( ) Não

#### **AGAR II**

- a) Possui Enfermeiro com a carga horária mínima de 40 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui Assistente Social com a carga horária mínima de 08 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- c) Possui Psicólogo com carga horária mínima de 08 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- d) Possui Nutricionista com a carga horária mínima de 08 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- e) Possui médico Obstetra com experiência no atendimento à gestante de alto risco por turno de serviço com carga horária mínima de 40 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- f) Possui médico Clínico Geral com carga horária mínima de 08 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- g) Possui quatro Médicos em Medicina Fetal, Endocrinologia e Cardiologia? ( ) Sim ( ) Não
- h) Possui mais dois profissionais (Neurologista, Geneticista, Fisiatria, Fisioterapeuta, Educador Físico ou outro)? ( ) Sim ( ) Não
- i) Realiza o mínimo de 70 primeiras consultas e 3.050 consultas de retorno ou acompanhamento no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual, respeitando a carga horária mínima semanal de 40 horas e 06 consultas por turno por profissional? ( ) Sim ( ) Não
- l) Realiza o mínimo de 832 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual, respeitando a carga horária mínima semanal de 08 horas e 08 consultas por turno por profissional? ( ) Sim ( ) Não
- m) Realiza o mínimo de 8.400 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual? ( ) Sim ( ) Não
- n) Realiza estes exames e procedimentos sempre que necessário, não havendo negativa de atendimento ou acesso?
- 02.11.04.006-1 - tococardiografia ante-parto ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05.02.014-3 - ultrassonografia obstétrica ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05.02.015-1 - ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.02.003-6 - eletrocardiograma ( ) Sim ( ) Não
  - 02.02.02.002-9 - contagem de plaquetas ( ) Sim ( ) Não
  - 02.02.01.069-4 - dosagem de ureia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.02.09.008-6 - dosagem de creatinina ( ) Sim ( ) Não
  - 02.02.01.012-0 - dosagem de ácido úrico ( ) Sim ( ) Não
  - 02.02.01.061-9 - dosagem de proteínas totais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.02.01.007-4 - determinação de curva glicêmica clássica (5 dosagens) ( ) Sim ( ) Não
- o) Quando necessário o serviço realiza os exames complementares necessários para o cuidado integral de algumas gestantes? ( ) Sim ( ) Não

2. Possui MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL? ( ) Sim ( ) Não

#### **2.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- a) atende à necessidade estimada de partos pelo Sistema Único de Saúde da região a qual pertence? ( ) Sim ( ) Não
- b) está articulada em rede para receber todos os encaminhamentos advindos da atenção primária à

- saúde e/ou intercorrências/emergências, durante a gestação ou puerpério e entende e cumpre a de, nas situações em que a gestante estiver internada em uma maternidade de risco habitual e necessite de atendimento de alto risco, seguir o fluxo de contato direto entre os serviços para transferência da paciente dentro de sua referência pactuada? ( ) Sim ( ) Não
- c) está inserido no processo de trabalho da Instituição a Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde, ou atualizações do mesmo, para reorganizar a porta de entrada dos atendimentos, tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente, potencializando o trabalho em equipe dos setores da maternidade, através de uma comunicação institucional sistematizada? ( ) Sim ( ) Não
- d) assume a corresponsabilidade na avaliação e classificação de risco da gestante e a encaminha ao serviço de maior complexidade sempre que necessário? ( ) Sim ( ) Não
- e) dispõe de médico obstetra, médico pediatra, médico anestesista e enfermeiro nas 24 horas do dia, e assume o compromisso de inserção gradativa da enfermeira obstétrica no processo assistencial? ( ) Sim ( ) Não
- f) cumpre os dispositivos das diretrizes de atenção ao parto normal e ao parto cesariano, conforme recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)?  
( ) Sim ( ) Não
- g) segue as recomendações para a prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, conforme orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização? ( ) Sim ( ) Não
- h) assegura o respeito à diversidade cultural, étnica, racial e sexual das gestantes e seus familiares? ( ) Sim ( ) Não
- i) garante a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério, conforme Lei nº 11.108/2005? ( ) Sim ( ) Não
- j) realiza ações de planejamento reprodutivo pós-parto ou abortamento? ( ) Sim ( ) Não
- k) orienta de forma precisa o acesso e uso dos métodos contraceptivos no puerpério, reafirmando o direito de acesso a métodos contraceptivos de escolha da mulher, de modo a não ter uma gravidez não planejada? ( ) Sim ( ) Não
- l) assume o compromisso de inserção gradativa da oferta de DIU pós-parto e abortamento? ( ) Sim ( ) Não
- m) realiza a contrarreferência da mulher para o serviço de atenção primária do seu território, garantindo a continuidade do cuidado? ( ) Sim ( ) Não
- n) realiza a atenção ao puerpério imediato e garantir a longitudinalidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido através do sistema de referência e contrarreferência com a equipe de atenção primária? ( ) Sim ( ) Não
- o) realiza o acolhimento, os primeiros atendimentos e o encaminhamento à rede especializada conforme o estabelecido na lei nº 12.845/2013, nos casos de violência sexual? ( ) Sim ( ) Não
- p) encaminha a gestante para os serviços de referência nos casos de aborto previsto em lei ou interrupção legal da gestação? ( ) Sim ( ) Não

- q) realiza as notificações e investigações sanitárias vigentes, principalmente a investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais e para as notificações compulsórias de doenças e agravos durante a gestação e em casos de violência? ( ) Sim ( ) Não
- r) estabelece e colocar em prática plano de ação interno para a redução do percentual de cesáreas sempre que a maternidade atingir um percentual de parto normal inferior a 70%, Considerando a Classificação de Robson em Obstetrícia para o monitoramento e implementação de estratégias para redução de cesarianas? ( ) Sim ( ) Não
- s) atende às exigências de infraestrutura física, processos e procedimentos preconizados pela legislação dos órgãos de Vigilância Sanitária e do Ministério da Saúde para uma ambiência e realização dos procedimentos adequados às boas práticas de atenção ao parto e nascimento? ( ) Sim ( ) Não
- t) realiza o atendimento hospitalar integral em situações de abortamento utilizando as recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização? ( ) Sim ( ) Não
- u) segue as boas práticas do parto e nascimento conforme recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização? ( ) Sim ( ) Não
- v) segue as recomendações de segurança do paciente conforme orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização? ( ) Sim ( ) Não
- w) assegura o respeito, a proteção e a garantia dos direitos humanos e dos direitos sociais? ( ) Sim ( ) Não
- x) comunicar situações que possam interferir nos atendimentos contratualizados e no fluxo da rede? ( ) Sim ( ) Não

## 2.2 Classificação e equipe mínima

- a) Possui Enfermeiro e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui Médico Obstetra e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? ( ) Sim ( ) Não
- c) Possui Médico Pediatra e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? ( ) Sim ( ) Não
- d) Possui Médico Anestesista e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? ( ) Sim ( ) Não

3. Possui MATERNIDADE DE ALTO RISCO? ( ) Sim ( ) Não

## 3.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

- a) apresenta todos os critérios técnicos requisitados na Maternidade de Risco Habitual? ( ) Sim ( ) Não
- b) realiza atendimento de urgência/ emergência obstétrica, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana? ( ) Sim ( ) Não
- c) realiza atendimento em urgência e emergência obstétrica nas vinte e quatro horas do dia e nos sete

- dias da semana. Assim como fornece retaguarda às urgências e emergências obstétricas e neonatais atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede Cegonha em sua Região de Saúde e garante o encaminhamento responsável? ( ) Sim ( ) Não
- d) recebe todas as gestantes de alto risco previamente vinculadas pela atenção básica e/ou ambulatório de gestante de alto risco (AGAR)? ( ) Sim ( ) Não
- e) recebe todas as gestantes de alto risco encaminhadas diretamente pelo hospital de referência de risco habitual regional ou pela central de regulação estadual para atender as intercorrências durante a gestação e realização de parto? ( ) Sim ( ) Não
- f) mantém todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para centrais de regulação municipais ou estadual? ( ) Sim ( ) Não
- g) implanta o acolhimento com classificação de risco em urgências obstétricas, ginecológicas e neonatais? ( ) Sim ( ) Não
- h) mantém a unidade de avaliação da vitalidade fetal pré-natal de alto risco da sua área de referência? ( ) Sim ( ) Não
- i) dispõe de infra-estrutura para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) com equipamentos e estrutura profissional de acordo com as normas e regulamentos vigentes e realiza a inserção gradativa da oferta de UCI Neonatal Convencional e UCI Neonatal Canguru (UCINCa)? ( ) Sim ( ) Não
- j) dispõe de infra-estrutura para Unidade de Terapia Intensiva Adulto com equipamentos e estrutura profissional de acordo com as normas e regulamentos vigentes. No caso do hospital não contar com esse serviço, possui pactuação para retaguarda de suporte imediato? ( ) Sim ( ) Não
- k) mantém Comitê Hospitalar de mortalidade materna e infantil e investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil (10-49 anos) ocorrida no Hospital e envia, periodicamente, os relatórios de investigação para o Departamento de Ações e Políticas Públicas em Saúde da SES? ( ) Sim ( ) Não
- l) estabelece e coloca em prática plano de ação interno para a redução do percentual de cesáreas sempre que a maternidade atingir um percentual de parto normal inferior a 60%. Considerando a Classificação de Robson em Obstetrícia para o monitoramento e implementação de estratégias para redução de cesarianas ? ( ) Sim ( ) Não
- m) comunica situações que possam interferir nos atendimentos contratualizados e no fluxo da rede? ( ) Sim ( ) Não

### 3.2 Classificação e equipe mínima

- a) Possui Enfermeiro e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui Enfermeiro Obstetra, Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Neonatologista ou Intensivista Pediatria, Médico Pediatria, Nutricionista, Farmacêutico e Psicólogo disponíveis sempre que necessário? ( ) Sim ( ) Não
- c) Possui Médico Obstetra disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? ( ) Sim ( ) Não
- d) Possui Médico Pediatria disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? ( ) Sim ( ) Não

- e) Possui Médico Anestesista disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana?  
 Sim  Não
- f) Possui, disponível 24 horas por dia, sete dias por semana?
- 02.05.02.014-3 - ultrassonografia obstétrica  Sim  Não
  - 02.11.02.003-6 - eletrocardiograma  Sim  Não
  - Cardiotografia  Sim  Não
  - Serviço de radiologia  Sim  Não
  - Laboratório clínico  Sim  Não
  - Posto de coleta de leite humano  Sim  Não
  - Garantir acesso à ultrassonografia com "doppler", caso necessário  Sim  Não

4. Possui AMBULATÓRIO DE EGRESO DE UTI NEONATAL?  Sim  Não

#### **4.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- a) atender às crianças residentes na respectiva área de abrangência, independentemente da localização da UTI neonatal onde ocorreu a internação, conforme fluxograma de referência e contrarreferência?  Sim  Não
- b) mantém a ficha de Acompanhamento Individual, devidamente preenchida conforme modelo constante na Portaria SES nº 537/2021?  Sim  Não
- c) envia à SES/RS relatório mensal com a inclusão das crianças que iniciaram o acompanhamento e com a informação dos dados (data e procedimentos realizados) da visita mensal das demais crianças?  Sim  Não
- d) realiza a aplicação de imunizantes além dos indicados pelo calendário vacinal?  Sim  Não
- e) mantém atualizado o relatório mensal de atividades conforme modelo constante na Portaria SES nº 537/2021?  Sim  Não

#### **4.2 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui equipe multiprofissional com Neonatologia, Pediatria, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Serviço Social, Psicologia, Nutrição e suporte de outras especialidades médicas pediátricas como Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Gastroenterologia e Cirurgia Pediátrica?  Sim  Não
- b) Possui os exames e procedimentos de:
- Triagem auditiva (EOA, BERA)  Sim  Não
  - Triagem visual (fundoscopia indireta)  Sim  Não
  - Avaliação de crescimento (curvas para prematuros)  Sim  Não
  - Avaliação neurológica (tônus)  Sim  Não
  - Avaliação de desenvolvimento  Sim  Não
  - Teste de Alberta (18 meses) ou Bayley (6 anos)  Sim  Não
  - Exames laboratoriais (anemia)  Sim  Não
  - Protocolos específicos para avaliação da função pulmonar  Sim  Não
  - Densitometria Óssea ou Raio X de ossos longos  Sim  Não
  - Nutrição com condutas a serem adotadas para relactação e complementação com leites especiais, se necessário  Sim  Não
  - Apoio psicossocial com acompanhamento familiar para detecção de situações de risco  Sim  Não
  - Reabilitação em estimulação precoce  Sim  Não

5. Possui PORTA DE ENTRADA?  Sim  Não

#### **5.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- a) possui estrutura e equipe capacitada para atendimento e estabilização de paciente crítico? ( ) Sim ( ) Não
- b) dispõe de serviços de apoio diagnóstico, com laboratório clínico e de imagem em tempo integral? ( ) Sim ( ) Não
- c) submete-se à regulação estadual, sem negativa de acesso, conforme as referências pactuadas? ( ) Sim ( ) Não
- d) acolhe, sem negativa de acesso, pacientes de fora das referências pactuadas quando encaminhados pela regulação estadual? ( ) Sim ( ) Não
- e) possui sistema informatizado do SAMU na porta de entrada para receber pacientes e registrar atendimentos? ( ) Sim ( ) Não
- f) estabelece e adota protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e procedimentos administrativos no hospital? ( ) Sim ( ) Não
- g) tem implantado processo de acolhimento com classificação de risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato? ( ) Sim ( ) Não
- h) articula com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), as unidades de pronto atendimento (UPA) e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência? ( ) Sim ( ) Não
- i) submete-se à regulação estadual? ( ) Sim ( ) Não
- j) possui equipe multiprofissional compatível com o porte da porta de entrada hospitalar de urgência? ( ) Sim ( ) Não
- k) organiza o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como “diarista”, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe? ( ) Sim ( ) Não
- l) tem implantado mecanismos de gestão da clínica, visando à: (a) qualificação do cuidado; (b) eficiência de leitos; (c) reorganização dos fluxos e processos de trabalho e (d) implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos? ( ) Sim ( ) Não
- m) garante a retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em sua região, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias, conforme previsto no Plano de Ação Regional ou por definição da Secretaria Estadual de Saúde? ( ) Sim ( ) Não
- n) garante o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação? ( ) Sim ( ) Não
- o) realiza o contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência? ( ) Sim ( ) Não

## 5.2 Classificação e equipe mínima

**Porte Geral I** ( ) Sim ( ) Não

- a) Possui até 50 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? ( ) Sim ( ) Não
- b) Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico,

enfermeiro e técnicos de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não

- c) Realiza atendimentos clínicos de média complexidade? ( ) Sim ( ) Não

**Porte Geral II** ( ) Sim ( ) Não

- a) Possui de 51 a 99 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? ( ) Sim ( ) Não
- b) Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- c) Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade? ( ) Sim ( ) Não

**Porte Geral III** ( ) Sim ( ) Não

- a) Possui mais de 100 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? ( ) Sim ( ) Não
- b) Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem, sendo obrigatório Pediatra, Cirurgião e Anestesiologista? ( ) Sim ( ) Não
- c) Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade? ( ) Sim ( ) Não

**Porte Especializado I** ( ) Sim ( ) Não

- a) Possui mais de 100 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui ao menos uma habilitação federal, em alta complexidade, nas especialidades de Traumato-Ortopedia e/ou Neurologia/Neurocirurgia e/ou Cardiologia? ( ) Sim ( ) Não
- c) Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem, sendo obrigatório Pediatra, Cirurgião e Anestesiologista? ( ) Sim ( ) Não
- d) Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média e alta complexidade? ( ) Sim ( ) Não

**Porte Especializado II** ( ) Sim ( ) Não

- e) Possui mais de 100 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? ( ) Sim ( ) Não
- f) Possui ao menos duas habilitações federais, em alta complexidade, nas especialidades de Traumato-Ortopedia e/ou Neurologia/Neurocirurgia e/ou Cardiologia? ( ) Sim ( ) Não
- g) Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem, sendo obrigatório Pediatra, Cirurgião e Anestesiologista? ( ) Sim ( ) Não
- h) Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média e alta complexidade? ( ) Sim ( ) Não

\*Quando da habilitação/qualificação das portas de entrada pelo Ministério da Saúde através do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência - PAR da RUE, o valor aportado pelo Estado a título de incentivo para este tipo de serviço será reduzido para o valor correspondente ao porte imediatamente inferior ao porte habilitado pelo ente federal.

O tipo de serviço porta de entrada poderá contar ainda com a especialidade cirúrgica na porta, serviço médico, operando 24 horas por dia, sete dias por semana, nas especialidades de Oftalmologia, Cirurgia Vascular, Neurologia Clínica e Cirúrgica, Traumato-Ortopedia, Buco-Maxilo-Facial, desde que a instituição não seja habilitada em Alta Complexidade para a referida especialidade.

**Possui especialidade cirúrgica na Porta de Entrada? ( ) Sim ( ) Não**

- a) Qual(is) especialidades(s)? \_\_\_\_\_
- b) Comprova a permanência do profissional médico, na especialidade descrita acima, presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? ( ) Sim ( ) Não
- c) Realiza o registro adequado no sistema de informática do SAMU comprovando a presença do profissional médico, na especialidade descrita, 24 horas por dia, sete dias por semana? ( ) Sim ( ) Não

**6. Possui LEITOS DE SAÚDE MENTAL? ( ) Sim ( ) Não****6.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- a) apresenta taxa de ocupação mínima de 80% (oitenta por cento), sendo que os hospitais que apresentarem taxa de ocupação média mensal inferior a 60% (sessenta por cento) pelo período de 90 (noventa) dias passarão por reavaliação técnica? ( ) Sim ( ) Não Tx: \_\_\_\_\_
- b) trabalha para a melhoria constante da qualificação assistencial? ( ) Sim ( ) Não
- c) disponibiliza, através dos sistemas oficiais do Estado, os leitos à regulação estadual? ( ) Sim ( ) Não
- d) oferece educação permanente no ambiente hospitalar e em articulação com os demais equipamentos do território, organizando roteiro em educação permanente, o qual deverá ser implementado junto às diferentes equipes intersetoriais de acordo com as necessidades identificadas? ( ) Sim ( ) Não
- e) elabora Plano Terapêutico Singular (PTS) através da equipe multidisciplinar, com a participação do usuário? ( ) Sim ( ) Não
- f) utiliza as guias de referência e contrarreferência para toda a rede de saúde conforme modelo constante na Portaria SES nº 537/2021? ( ) Sim ( ) Não
- g) participa das reuniões da RAPS local e dos Grupos Condutores Regionais para pactuação e acompanhamento da linha de cuidado em saúde mental, com construção conjunta de fluxos de rede de saúde e intersetorial e garantia de acolhimento em diferentes portas de entrada? ( ) Sim ( ) Não
- h) atende às urgências e emergências em saúde mental referenciadas pela RAPS local e/ou regional? ( ) Sim ( ) Não
- i) garante o atendimento do paciente pelo médico clínico plantonista nas situações em que não houver a presença do médico psiquiatra na admissão do usuário? ( ) Sim ( ) Não
- j) garante as ações de interconsulta com as demais equipes do hospital e equipes de outros serviços da rede de referência do usuário na perspectiva da integralidade e da continuidade da atenção? ( ) Sim ( ) Não
- k) garante a visita de familiares, rede afetiva e profissionais de referência do usuário durante a internação, de modo a fortalecer as relações sociais? ( ) Sim ( ) Não
- l) articula com os demais serviços da RAPS desde o momento do início da internação, garantindo o acesso e acolhimento do usuário na rede após a alta hospitalar e a corresponsabilização do

cuidado? ( ) Sim ( ) Não

- m) promove atividades de educação permanente para os profissionais do hospital em conjunto com os demais serviços da RAPS? ( ) Sim ( ) Não
- n) proporciona aos usuários a participação em espaços terapêuticos em conjunto com a rede extra-hospitalar durante a internação? ( ) Sim ( ) Não
- o) considera a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) para prescrição dos psicofármacos disponíveis na Rede no momento da alta do paciente? ( ) Sim ( ) Não
- p) fornece o formulário de solicitação de psicofármacos, quando for o caso, preenchido e assinado pelo médico responsável, para garantia do seguimento do tratamento medicamentoso fora da Instituição? ( ) Sim ( ) Não
- q) o número de leitos de atenção integral em Saúde Mental não excede o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do Hospital Geral? ( ) Sim ( ) Não

## 6.2 Classificação e equipe mínima

**De 08 a 10 leitos** ( ) Sim ( ) Não

- a) Possui 02 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 40 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- c) Possui 01 médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 10 horas por semana? ( ) Sim ( ) Não

**De 11 a 20 leitos** ( ) Sim ( ) Não

- a) Possui 04 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno e 03 por turno noturno? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui 01 enfermeiro por turno? ( ) Sim ( ) Não
- c) Possui 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 60 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- d) Possui 01 médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 20 horas por semana? ( ) Sim ( ) Não

**De 21 a 30 leitos** ( ) Sim ( ) Não

- a) Possui 05 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno e 04 por turno noturno? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui 01 enfermeiro por turno? ( ) Sim ( ) Não
- c) Possui 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 90 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- d) Possui 01 médico clínico responsável pelas interconsultas? ( ) Sim ( ) Não
- e) Possui 01 ou 02 médicos psiquiatras responsáveis pelos leitos, contabilizando carga horária total de 30 horas por semana? ( ) Sim ( ) Não

7. Possui LEITOS DE UTI/UCI? ( ) Sim ( ) Não

#### 7.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

- a) apresenta uma taxa de ocupação mínima de 80% (não descartando, com isso, a possibilidade de cobrança do Ministério da Saúde sobre sua exigência de taxa de ocupação) a ser avaliada trimestralmente, e considerando a melhoria constante da qualificação assistencial? ( ) Sim ( ) Não
- b) está adequado e cumpre os parâmetros mínimos da RDC 50/2002 e RDC 7/2010 da ANVISA, a Portaria MS/GM 930/2012, a Portaria de Consolidação nº 3 Títulos X e IV do Ministério da Saúde? ( ) Sim ( ) Não
- c) publica, mensalmente, a taxa de mortalidade padronizada (quociente entre a mortalidade verificada sobre a mortalidade esperada), assinada pelo Responsável Técnico? ( ) Sim ( ) Não
- d) garante diagnóstico, a beira do leito, da Retinopatia da Prematuridade (ROP), em todo o recém-nascido internado em leitos de UTI Neo Natal, com peso ao nascer < 1500g e/ou Idade Gestacional < 32 semanas? ( ) Sim ( ) Não
- e) considera nos leitos de UTI Neo Natal, a presença de fatores de risco, tais como: síndrome do desconforto respiratório, sepse, transfusões sanguíneas, gestações múltiplas e hemorragia intracraniana? ( ) Sim ( ) Não

#### 7.2 Classificação e equipe mínima

- a) Possui equipe técnica, estrutura física, equipamentos, diagnóstico e tratamentos de acordo as normativas RDC 50/2002, RDC 7/2010, Portaria de Consolidação MS nº 3 Títulos X e IV e Portaria MS/GM 930/2012? ( ) Sim ( ) Não

8. Possui HABILITAÇÃO COMO CACON OU UNACON? ( ) Sim ( ) Não

#### 8.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

- a) acolhe a todos pacientes com diagnóstico já firmado de câncer ou aqueles que apresentam suspeitas clínicas e foram encaminhados à unidade oncológica e precisam de exames para o diagnóstico? ( ) Sim ( ) Não
- b) ampliou a produção de exames e procedimentos diagnósticos em, no mínimo, 5% (cinco por cento) ao ano? ( ) Sim ( ) Não

#### 8.2 Classificação e equipe mínima

- a) Possui equipe técnica, estrutura física, equipamentos, diagnóstico e tratamentos de acordo com a Portaria SAES/ MS Nº 1.399/2019? ( ) Sim ( ) Não

9. Possui AMBULATÓRIO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA ADULTOS, PESSOAS IDOSAS E LESÕES DE PELE? ( ) Sim ( ) Não

#### 9.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

- a) atende às condições crônicas de adultos e idosos proporcionando atenção contínua, multiprofissional, proativa e integrada com os demais pontos de atenção à saúde na região? ( ) Sim ( ) Não
- c) atende a população adulta de hipertensos de alto risco e/ou diabéticos de alto e muito alto risco

e/ou classificada como grau II de obesidade com comorbidades ou grau III de obesidade?

( ) Sim ( ) Não

- d) atende a população idosa classificada com sobrepeso com comorbidades e/ou classificada como Perfil 2 ou 3 de funcionalidade, a partir do resultado igual ou superior a 7 pontos no instrumento IVCF-20? ( ) Sim ( ) Não
- e) compartilha o cuidado com a atenção à saúde com a APS, de acordo com o plano de cuidados integrado? ( ) Sim ( ) Não
- f) oferece as 04 funções essenciais: assistencial, matriciamento, pesquisa clínica operacional e educação permanente para a APS? ( ) Sim ( ) Não
- g) compromete-se com o alcance dos indicadores de estrutura, processo e resultado previstos em documento específico a ser editado pela SES? ( ) Sim ( ) Não
- h) oferta consultas por equipe multiprofissional, exames especializados, administração de medicamentos e procedimentos conforme documento específico a ser editado pela SES? ( ) Sim ( ) Não
- i) adota o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e do modelo de atenção contínua, constante na Portaria SES nº 537/2021? ( ) Sim ( ) Não
- j) programa consultas médicas, no mínimo, 2 pacientes/por hora? ( ) Sim ( ) Não
- k) administra medicamentos, quando necessário; bem como, realizar curativo grau II c/ ou s/ debridamento? ( ) Sim ( ) Não

## 9.2 Classificação e equipe mínima

- a) Possui enfermeiro coordenador geral e enfermeiro coordenador assistencial com carga horária mínima de 40 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui enfermeiro assistencial com carga horária mínima de 178 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- c) Possui enfermeiro assistencial (para cuidados do pé diabético) com carga horária mínima de 27 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- d) Possui enfermeiro ponto de apoio com carga horária mínima de 60 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- e) Possui nutricionista e psicólogo com carga horária mínima de 178 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- f) Possui farmacêutico clínico com carga horária mínima de 148 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- g) Possui assistente social com carga horária mínima de 120 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- h) Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 115 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- i) Possui profissional de educação física com carga horária mínima de 74 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

- j) Possui técnico de enfermagem com carga horária mínima de 174 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- k) Possui terapêuta ocupacional, fonoaudiólogo, médico angiologista e médico oftalmologista com carga horária mínima de 51 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- l) Possui médico psiquiatra com carga horária mínima de 28 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- m) Possui médico cardiologista com carga horária mínima de 124 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- n) Possui médico endocrinologista com carga horária mínima de 84 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- o) Possui médico nefrologista com carga horária mínima de 27 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- p) Possui médico de Família Comunidade (responsável pela conexão/matriçamento entre as equipes da AB dos territórios e a equipe especializada do ambulatório) com carga horária mínima de 40 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- q) Possui médico geriatra ou com especialização em idoso com carga horária mínima de 74 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- r) Possui os exames e procedimentos de:
- o 02.02 - Ultrassonografia Doppler colorido de vasos ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.11.02.006-0 - Teste Ergométrico ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.05.01.002-4 - Ecocardiografia Transesofágica ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia Transtorácica ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia de Abdômen Total ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.11.02.004-4 - Holter ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.05.01-001-6 - Ecocardiografia de estresse ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.11.06.010-0 - Fundoscopia ( ) Sim ( ) Não
  - o 04.05.03.004-5 - Fotocoagulação a laser ( ) Sim ( ) Não
  - o 02.11.06.017-8 - Retinografia Colorida Binocular ( ) Sim ( ) Não
  - o - MAPA ( ) Sim ( ) Não
  - o - Avaliação de função e mecânica respiratória ( ) Sim ( ) Não
  - o - Avaliação de movimento (por imagem) ( ) Sim ( ) Não
  - o - Avaliação funcional muscular ( ) Sim ( ) Não

10. Possui AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS E/OU AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES PRIORITÁRIAS? ( ) Sim ( ) Não

#### **10.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- a) disponibiliza mensalmente, no mínimo 20% a agenda para as primeiras consultas, à regulação estadual e/ou municipal? ( ) Sim ( ) Não
- b) mantém a lista de espera para cirurgia atualizada no sistema GERINT? ( ) Sim ( ) Não
- c) preenche a Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento (DITA) quando houver impossibilidade de acolher o encaminhamento? ( ) Sim ( ) Não

- d) qual o número total de DITAs emitidas pelo prestador no período avaliado? \_\_\_\_\_
- e) do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de profissionais que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? \_\_\_\_\_
- f) do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de equipamentos que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? \_\_\_\_\_
- g) do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de estrutura física que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? \_\_\_\_\_
- h) do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de exames que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? \_\_\_\_\_
- i) do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de equipamentos que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? \_\_\_\_\_
- j) na eventualidade de não prestação do serviço incentivado, o prestador apresentou plano para recuperar os atendimentos/serviços não prestados? ( ) Sim ( ) Não

**A) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM DERMATOLOGIA ( ) Sim ( ) Não****A.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico dermatologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- c) Realiza uma média de 240 consultas por mês? ( ) Sim ( ) Não
- d) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.04 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.03 -cito/histopatogia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.01.01.037-2 - biopsia de pele e partes moles ( ) Sim ( ) Não
  - 02.01.01.002-0 - biopsia / punção de tumor superficial da pele ( ) Sim ( ) Não
- e) Referencia os pacientes para os serviços que atendam cirurgia geral, cirurgia plástica ou oncologia quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- f) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

**B) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM TRAUMATO/ORTOPEDIA ( ) Sim ( ) Não****B.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico traumato/ortopedista com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- c) Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- d) Possui técnico de gesso? ( ) Sim ( ) Não
- g) Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico cirurgião e 30 consultas por mês com médico anestesista? ( ) Sim ( ) Não
- h) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não

- 02.04 - RX( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05 - Ultrassonografia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.07 - RNM (pode ser terceirizado) ( ) Sim ( ) Não
  - 02.06 - Tomografia Computadorizada (pode ser terceirizado) ( ) Sim ( ) Não
- i) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? ( ) Sim ( ) Não
- j) Referencia os pacientes para os serviços que atendam procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia, o serviço deverá ter referência em unidade de alta complexidade em traumato/ortopedia e para Unidade de Alta complexidade em Traumato/Ortopedia quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- k) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não
- l) Atende o mínimo de duas subespecialidades e garante os exames diferenciais?
- 04.08.01 – Cintura Escapular - ENMG, videoartroscopia ( ) Sim ( ) Não
  - 04.08.02 – Membros Superiores - ENMG ( ) Sim ( ) Não
  - 04.08.03 – Coluna Vertebral e Caixa Torácica - não possui ( ) Sim ( ) Não
  - 04.08.04 – Cintura Pélvica - não possui ( ) Sim ( ) Não
  - 04.08.05 – Membros Inferiores - ENMG, videoartroscopia ( ) Sim ( ) Não
  - 04.08.06 - Gerais - não possui ( ) Sim ( ) Não

**C) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA GERAL ( ) Sim ( ) Não****C.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico cirurgião geral com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- c) Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico cirurgião e 30 consultas por mês com médico anestesista? ( ) Sim ( ) Não
- d) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.04 - RX ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05 - Ultrassonografia ( ) Sim ( ) Não
- e) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? ( ) Sim ( ) Não
- f) Referencia os pacientes para os serviços que atendam procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia quando necessário? ( ) Sim ( ) Não

g) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

**D) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA ( ) Sim ( ) Não**

**D.1 Classificação e equipe mínima**

a) Possui médico cirurgião urologista com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

b) Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não

c) Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico cirurgião e 30 consultas por mês com médico anestesista? ( ) Sim ( ) Não

h) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não

- 02.09.02.001-6 - Cistoscopia ( ) Sim ( ) Não

- 02.11.09.001-8 - Estudo urodinâmico ( ) Sim ( ) Não

- 02.11.09.007-7 - Urofluxometria livre ( ) Sim ( ) Não

- 02.04.05.017-0 - Uretrocistografia miccional ( ) Sim ( ) Não

- 02.04.05.018-9 - Urografia excretora ( ) Sim ( ) Não

- 02.11.09.002-6 - Cateterismo de uretra ( ) Sim ( ) Não

- 02.05 - Ultrassonografia ( ) Sim ( ) Não

- 02.05.02.011-9 - US Próstata transretal com biópsia de próstata – 02.01.01.041-0 ( ) Sim ( ) Não

- 02.06 - Tomografia abdômen total ( ) Sim ( ) Não

i) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? ( ) Sim ( ) Não

j) Referencia os pacientes para os serviços que atendam procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia e/ou unidade de alta complexidade em oncologia quando necessário? ( ) Sim ( ) Não

k) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

**E) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA LITOTripsia ( ) Sim ( ) Não**

**E.1 Classificação e equipe mínima**

a) Possui médico cirurgião urologista com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

b) Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não

c) Realiza uma média de 120 consultas por mês com médico cirurgião? ( ) Sim ( ) Não

d) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

- 02.04.05.013-8 - RX simples de abdômen ( ) Sim ( ) Não

- 02.05.02.005-4 - Ultrassonografia do trato urinário ( ) Sim ( ) Não

- 02.06.03.003-7 - Tomografia do abdômen ( ) Sim ( ) Não
- 02.04.05.018-9 - Urografia excretora ( ) Sim ( ) Não
- e) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? ( ) Sim ( ) Não
- f) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

**F) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL**  
( ) Sim ( ) Não

**F.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico cirurgião bucomaxilofacial com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui médico anestesiologista? ( ) Sim ( ) Não
- d) Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- e) Possui fonoaudiólogo? ( ) Sim ( ) Não
- f) Realiza uma média de 120 consultas por mês com médico cirurgião bucomaxilofacial? ( ) Sim ( ) Não
- l) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
  - Avaliação clínica pré-operatória, exames de imagem (RX extra oral- Panorâmico e RX intrabucais – periapical e interproximal) ( ) Sim ( ) Não
  - 02.02 - Laboratório de análises clínicas ( ) Sim ( ) Não
  - 02.06 - Tomografia Computadorizada ( ) Sim ( ) Não
  - 02.04 - Raio X ( ) Sim ( ) Não
- m) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? ( ) Sim ( ) Não
- n) Atende pacientes de todas as faixas etárias? ( ) Sim ( ) Não
- o) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

**G) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ODONTOLOGIA HOSPITALAR PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA** ( ) Sim ( ) Não

**G.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui no mínimo um Cirurgião-Dentista, preferencialmente especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e/ou Bucomaxilofacial e/ou com experiência em ambiente hospitalar? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui médico anestesiologista? ( ) Sim ( ) Não
- c) Equipe auxiliar de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- d) Realiza no mínimo de 30 consultas/mês, reguladas, com número de novos ingressos definido pela população de referência e % de PCDs nesta região? ( ) Sim ( ) Não
- e) Disponibiliza avaliação clínica pré-operatória, exames de imagem (RX extra oral- Panorâmico e RX intrabucais - periapical e interproximal), exames laboratoriais? ( ) Sim ( ) Não

- f) Disponibiliza os seguintes procedimentos aos pacientes?
- 01.01.02.006-6 - Aplicação de selante (por dente) ( ) Sim ( ) Não
  - 01.01.02.007-4 - Aplicação tópica de flúor (individual por sessão) ( ) Sim ( ) Não
  - 01.01.02.009-0 - Selamento provisório de cavidade dentária ( ) Sim ( ) Não
  - 02.01.01.052-6 - Biópsia dos tecidos moles da boca ( ) Sim ( ) Não
  - 03.07.01.001-5 - Capeamento pulpar ( ) Sim ( ) Não
  - 03.07.01.002-3 - Restauração de dente decíduo ( ) Sim ( ) Não
  - 03.07.01.003-1 - Restauração de dente permanente anterior ( ) Sim ( ) Não
  - 03.07.01.004-0 - Restauração de dente permanente posterior ( ) Sim ( ) Não
  - 03.07.01.005-8 - Tratamento de nevralgias faciais ( ) Sim ( ) Não
  - 03.07.02.001-0 - Acesso a polpa dentária e medicação (por dente) ( ) Sim ( ) Não
  - 03.07.02.002-9 - Curativo de demora c/ ou s/ preparo Biomecânico ( ) Sim ( ) Não
  - 03.07.02.003-7 - Obturação de dente decíduo ( ) Sim ( ) Não
  - 03.07.02.004-5 - Obturação em dente permanente birradicular ( ) Sim ( ) Não
  - 03.07.02.005-3 - Obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes ( ) Sim ( ) Não
  - 03.07.02.006-1 - Obturação em dente permanente uniradicular ( ) Sim ( ) Não
  - 03.07.02.007-0 - Pulpotomia dentária ( ) Sim ( ) Não
  - 03.07.03.002-4 - Raspagem alisamento subgengivais (por sextante) ( ) Sim ( ) Não
  - 03.07.03.003-2 - Raspagem corono-radicular (por sextante) ( ) Sim ( ) Não
  - 04.01.01.003-1 - Drenagem de abscesso ( ) Sim ( ) Não
  - 04.01.01.008-2 - Frenectomia ( ) Sim ( ) Não
  - 04.04.02.009-7 - Excisão e sutura de lesão na boca ( ) Sim ( ) Não
  - 04.04.02.010-0 - Excisão em cunha do lábio ( ) Sim ( ) Não
  - 04.14.02.007-3 - Curetagem periapical ( ) Sim ( ) Não
  - 04.14.02.012-0 - Exodontia de dente decíduo ( ) Sim ( ) Não
  - 04.14.02.013-8 - Exodontia de dente permanente ( ) Sim ( ) Não
  - 04.14.02.014-6 - Exodontia múltipla c/ alveoloplastia por sextante ( ) Sim ( ) Não
  - 04.14.02.015-4 - Gengivectomia (por sextante) ( ) Sim ( ) Não
  - 04.14.02.016-2 - Gengivoplastia (por sextante) ( ) Sim ( ) Não
  - 04.14.02.017-0 - Glossorrafia ( ) Sim ( ) Não
  - 04.14.02.020-0 - Marsupialização de cistos e pseudocistos ( ) Sim ( ) Não
  - 04.14.02.021-9 - Odontosecção / radilectomia / tunelização ( ) Sim ( ) Não
  - 04.14.02.024-3 - Reimplante e transplante dental (por elemento) ( ) Sim ( ) Não
  - 04.14.02.027-8 - Remoção de dente retido (incluso / impactado) ( ) Sim ( ) Não
  - 04.14.02.029-4 - Remoção de tórus e exostoses ( ) Sim ( ) Não
  - 04.14.02.037-5 - Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante) ( ) Sim ( ) Não
  - 04.14.02.038-3 - Tratamento de alveolite ( ) Sim ( ) Não
  - 04.14.02.040-5 - Ulotomia/ulectomia ( ) Sim ( ) Não
- g) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? ( ) Sim ( ) Não
- h) O serviço adota o protocolo de atendimento no serviço de odontologia hospitalar para pessoas com deficiência constante na Portaria SES nº 537/2021? ( ) Sim ( ) Não
- i) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

## H) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ENDOCRINOLOGIA ( ) Sim ( ) Não

### H.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico endocrinologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui nutricionista e enfermeiro com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? ( ) Sim ( ) Não
- c) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico cirurgião? ( ) Sim ( ) Não
- d) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
  - 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não

- 02.01.01.047-0 - Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de nódulos tireoidianos ( ) Sim ( ) Não
- 02.04 - RX ( ) Sim ( ) Não
- 02.05 - Ultrassonografia ( ) Sim ( ) Não
- 02.08.03.001-8 - Cintilografia das paratireoides ( ) Sim ( ) Não
- 02.08.03.002-6 – Cintilografia de tireoide com ou sem captação ( ) Sim ( ) Não
- 02.06.01.006-0 - Tomografia de sela túrcica ( ) Sim ( ) Não
- 02.07.01.007-2 - RNM sela túrcica ( ) Sim ( ) Não
- 02.04.06.002-8 - Densitometria ( ) Sim ( ) Não
- e) Referencia os pacientes para os serviços de cirurgia geral ou serviço de alta complexidade em oncologia e/ou obesidade quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- f) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

**I) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GASTROENTEROLOGIA ( ) Sim ( ) Não****I.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico gastroenterologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui nutricionista com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- c) Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- d) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico gastroenterologista? ( ) Sim ( ) Não
- e) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
  - 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.04 - RX ( ) Sim ( ) Não
  - 02.09.01.003-7 - Endoscopia Digestiva Alta ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05 - Ultrassonografia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.09.01.001-0 colangiopancreatografia retrograda (via endoscópica) ( ) Sim ( ) Não
  - 04.07.03.025-5 - colangiopancreatografia retrógrada endoscópica terapêutica (FAEC) - (hospitais que já possuem o equipamento é obrigatório a oferta do procedimento) ( ) Sim ( ) Não
  - 02.06 - Tomografia Computadorizada ( ) Sim ( ) Não
  - 02.07 - RNM abdômen ( ) Sim ( ) Não
  - 02.07.03.004-9 - Ressonância magnética de vias biliares/colangiorressonancia ( ) Sim ( ) Não
- f) Referencia os pacientes para os serviços de cirurgia geral ou ou oncologia e contrarreferência do mesmo, para acompanhamento do paciente após cirurgia em acompanhamento ambulatorial quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- g) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

**J) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA ( ) Sim ( ) Não****J.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico gastroenterologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- h) Possui nutricionista com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- i) Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- j) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico gastroenterologista? ( ) Sim ( ) Não
- k) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.04 - RX ( ) Sim ( ) Não
  - 02.09.01.003-7 - Endoscopia Digestiva Alta ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05 - Ultrassonografia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.09.01.001-0 colangiopancreatografia retrograda (via endoscópica) ( ) Sim ( ) Não
  - 04.07.03.025-5 - colangiopancreatografia retrógrada endoscópica terapêutica (FAEC) - (hospitais que já possuem o equipamento é obrigatório a oferta do procedimento) ( ) Sim ( ) Não
  - 02.06 - Tomografia Computadorizada ( ) Sim ( ) Não
  - 02.07 - RNM abdômen ( ) Sim ( ) Não
  - 02.07.03.004-9 - Ressonância magnética de vias biliares/colangiorressonancia ( ) Sim ( ) Não
- l) Referencia os pacientes para os serviços de cirurgia geral, pediatrica ou oncologia e contrarreferência do mesmo, para acompanhamento do paciente após cirurgia em acompanhamento ambulatorial quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- m) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

**K) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GENÉTICA ( ) Sim ( ) Não****K.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico geneticista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui biomédico, bioquímico, nutricionista e, enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- c) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico gastroenterologista? ( ) Sim ( ) Não
- d) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
- e) Referencia os pacientes para os serviços de doenças raras quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- n) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

**L) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GINECOLOGIA ( ) Sim ( ) Não****L.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico cirurgião Ginecologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- c) Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- d) Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico ginecologista e 30 consultas por mês com o médico anestesista? ( ) Sim ( ) Não
- e) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica? ( ) Sim ( ) Não
- f) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.04 - RX ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05 - Ultrassonografia (mama, transvaginal, abdômen total) ( ) Sim ( ) Não
  - 02.06 - Tomografia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.07 - RNM ( ) Sim ( ) Não
  - 02.04.03 - Mamografia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.04.06.002-8 - Densitometria óssea ( ) Sim ( ) Não
- g) Referencia os pacientes para os serviços com procedimentos de necessidade de uso de alta tecnologia quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- h) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

**M) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEUROLOGIA ADULTO ( ) Sim ( ) Não****M.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico neurologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui fisioterapeuta, psicólogo e fonoaudiólogo com carga horária mínima de 20 horas semanais?
- c) Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- d) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico neurologista? ( ) Sim ( ) Não
- e) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05 - Ultrassonografia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.05 - EEG sono e vigília ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.05.008-3 - ENMG ( ) Sim ( ) Não
  - 02.07 - RNM com sedação e sem sedação ( ) Sim ( ) Não
  - 02.06 - Tomografia com sedação e sem sedação ( ) Sim ( ) Não
  - 02.07.01.001-3 - Angiorressonância com e sem sedação ( ) Sim ( ) Não

- f) Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em neurologia quando necessário?  
 Sim  Não
- i) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde?  Sim  Não

**N) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEUROLOGIA INFANTIL**  Sim  Não**N.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico neurologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais?  Sim  Não
- b) Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais?  Sim  Não
- c) Possui equipe de enfermagem?  Sim  Não
- d) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico neurologista?  Sim  Não
- e) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais  Sim  Não
  - 02.05.02.017-8 - US Transfontanelar  Sim  Não
  - 02.11.05 - EEG sono e vigília  Sim  Não
  - 02.11.05.008-3 - ENMG  Sim  Não
  - 02.07 - RNM com e sem sedação  Sim  Não
  - 02.06 - Tomografia com e sem sedação  Sim  Não
  - 02.07.01.001-3 - Angiorressonância com e sem sedação  Sim  Não
- f) Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em neurologia e Serviços de Reabilitação ou Centro Especializado em Reabilitação (CER) quando necessário?  Sim  Não
- g) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde?  Sim  Não

**O) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CARDIOLOGIA**  Sim  Não**O.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico cardiologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais?  Sim  Não
- b) Possui nutricionista?  Sim  Não
- c) Possui equipe de enfermagem?  Sim  Não
- d) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico neurologista?  Sim  Não
- e) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais  Sim  Não
  - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma  Sim  Não
  - 02.05.01.003-2 - Ecocardiograma transtorácico  Sim  Não
  - 02.05.01.002-4 - Ecocardiograma transesofágico  Sim  Não
  - 02.11.02.004-4 - Holter  Sim  Não

- 02.11.02.006-0 - Prova de esforço ( ) Sim ( ) Não
- f) Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em cardiologia quando necessário?  
( ) Sim ( ) Não
- h) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

**P) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA ( ) Sim ( ) Não****P.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico oftalmologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- c) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico neurologista? ( ) Sim ( ) Não
- d) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
  - 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.028-3 -Tomografia de coerência óptica ( ) Sim ( ) Não
  - Ecografia ocular ( ) Sim ( ) Não
  - Paquimetria ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.005-4 - ceratometria ( ) Sim ( ) Não
  - -Curva diária de pressão ocular ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.012-7 - Mapeamento de retina com gráfico ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.015-1 - Potencial acuidade visual ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.017-8 - retinografia colorida binocular ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.018-6 -retinografia fluorescente binocular ( ) Sim ( ) Não
  - Angiografia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06 - campimetria ( ) Sim ( ) Não
  - Ecobiometria ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.002-0 - Biomicroscopia de fundo olho ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.010-0 - Fundoscopia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.011-9 - Gonioscopia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.014-3 - Microscopia especular de córnea ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.022-4 - Teste visão de cores ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.023-2 - Testeortóptico ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.026-7 - Topografia computadorizada de córnea ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.025-9 - tonometria ( ) Sim ( ) Não
- e) Realiza no mínimo de 100 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar?

Sim  Não

- f) Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em oftalmologia e/ou Serviço de Oftalmologia com DMRI e RD quando necessário?  Sim  Não
- i) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde?  Sim  Não

**Q) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA com tratamento em RD (Retinopatia Diabética) e DMRI (Degeneração Macular Relacionada à Idade)  Sim  Não**

**Q.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico oftalmologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais?  Sim  Não
- b) Possui equipe de enfermagem?  Sim  Não
- c) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico neurologista?  Sim  Não
- d) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais  Sim  Não
  - 02.11.06.028-3 -Tomografia de coerência óptica  Sim  Não
  - -Ecografia ocular  Sim  Não
  - -Paquimetria  Sim  Não
  - 02.11.06.005-4 - ceratometria  Sim  Não
  - Curva diária de pressão ocular  Sim  Não
  - 02.11.06.012-7 - Mapeamento de retina com gráfico  Sim  Não
  - 02.11.06.015-1 - Potencial acuidade visual  Sim  Não
  - 02.11.06.017-8 - retinografia colorida binocular  Sim  Não
  - 02.11.06.018-6 -retinografia fluorescente binocular  Sim  Não
  - Angiografia  Sim  Não
  - 02.11.06 - campimetria  Sim  Não
  - Ecobiometria  Sim  Não
  - 02.11.06.002-0 - Biomicroscopia de fundo olho  Sim  Não
  - 02.11.06.010-0 - Fundoscopia  Sim  Não
  - 02.11.06.011-9 - Gonioscopia  Sim  Não
  - 02.11.06.014-3 - Microscopia especular de córnea  Sim  Não
  - 02.11.06.022-4 - Teste visão de cores  Sim  Não
  - 02.11.06.023-2 - Testeortóptico  Sim  Não
  - 02.11.06.026-7 - Topografia computadorizada de córnea  Sim  Não
  - 02.11.06.025-9 - tonometria  Sim  Não

- e) Realiza no mínimo de 100 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar?  
 Sim  Não
- f) Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em oftalmologia quando necessário?  Sim  Não
- g) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde?  Sim  Não

**R) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OTORRINOLARINGOLOGIA**  Sim  Não**R.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico otorrinolaringologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais?  Sim  Não
- b) Possui fonoaudiólogo com carga horária mínima de 20 horas semanais?  Sim  Não
- c) Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico otorrinolaringologista e 30 consultas por mês com médico anestesista?  Sim  Não
- d) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais  Sim  Não
  - 02.04 - RX  Sim  Não
  - 02.11.07.002-5 - Audiometria de reforço visual + 02.11.07.020-3 - Imitanciometria  Sim  Não
  - 02.11.07.004-1 - Audiometria tonal limiar  Sim  Não
  - 02.11.07.020-3 - Imitanciometria  Sim  Não
  - 02.11.07.021-1 - Logoaudiometria  Sim  Não
  - 02.11.07.005-0 - Avaliação auditiva comportamental infantil + Impedanciometria  Sim  Não
  - 02.11.07.034-3 - Avaliação do processamento auditivo  Sim  Não
  - 02.09.04.004-1 - Videolaringoscopia  Sim  Não
  - 02.11.07.027-0 - Potencial evocado auditivo para triagem auditiva (PEATE ou BERA)  
 Sim  Não
  - 02.11.07.026-2 - Potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência (PEATE ou BERA)  
 Sim  Não
  - 02.11.07.035-1 - Testes vestibulares  Sim  Não
  - 02.11.07.014-9 - emissões otoacusticas evocadas p/ triagem auditiva (teste da orelhinha)  
 Sim  Não
- e) Realiza no mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar?  
 Sim  Não
- f) Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em oncologia ou de reabilitação auditiva quando necessário?  Sim  Não
- g) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde?  Sim  Não

**S) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PNEUMOLOGIA**  Sim  Não

**S.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico pneumologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- c) Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- d) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico pneumologista? ( ) Sim ( ) Não
- e) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.01.01.042-9 - Punção e biópsia de tórax ( ) Sim ( ) Não
  - 02.04 - RX ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.08.005-5 - Espirometria ( ) Sim ( ) Não
  - 02.07 - RNM ( ) Sim ( ) Não
  - 02.06 - Tomografia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.08.002-0 Gasometria ( ) Sim ( ) Não
- f) Referencia os pacientes para os serviços de Cirurgia Torácica Serviço de Alta Complexidade em Oncologia quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- g) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

**T) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA TORÁCICA ( ) Sim ( ) Não**

**T.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico cirurgião torácico, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui fisioterapeuta? ( ) Sim ( ) Não
- c) Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- d) Realiza uma média de 120 consultas por mês com médico cirurgião torácico e 30 consultas por mês com médico anestesista? ( ) Sim ( ) Não
- e) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma ( ) Sim ( ) Não
  - 02.01.01.042-9 - Punção e biópsia de tórax ( ) Sim ( ) Não
  - 02.04 - RX ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05 - Ultrassonografia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.09.04.001-7 - Broncoscopia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.08.005-5 - Espirometria ( ) Sim ( ) Não
  - 02.07 - RNM ( ) Sim ( ) Não

- 02.06 - Tomografia ( ) Sim ( ) Não
- 02.08 - Cintilografia ( ) Sim ( ) Não
- f) Realiza no mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar?  
( ) Sim ( ) Não
- g) Referencia os pacientes para Serviço de Alta Complexidade em Oncologia, ambulatório de Pneumologia quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- h) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

**U) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM COLOPROCTOLOGIA (PROCTOLOGIA)**

( ) Sim ( ) Não

**U.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico coloproctologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- c) Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico cirurgião torácico e 30 consultas por mês com médico anestesista? ( ) Sim ( ) Não
- d) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
  - 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.01.01 - Biópsias ( ) Sim ( ) Não
  - 02.04 - RX ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05 - Ultrassonografia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.09.01.002-9 – colonoscopia (coloscopia) ( ) Sim ( ) Não
  - 02.09.01.005-3 - Retossigmóideoscopia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.06.03 - Tomografia abdômen ( ) Sim ( ) Não
  - 02.07.03 - RNM Abdômen e pelve ( ) Sim ( ) Não
- e) Realiza no mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar?  
( ) Sim ( ) Não
- f) Referencia os pacientes para Serviço de Alta Complexidade em Oncologia quando necessário?  
( ) Sim ( ) Não
- g) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

**V) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM REUMATOLOGIA ( ) Sim ( ) Não****V.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico reumatologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- c) Possui farmacêutico responsável com carga horária mínima de 40 horas semanais?  
( ) Sim ( ) Não

- d) Possui enfermeiro capacitado? ( ) Sim ( ) Não
- e) Possui terapeuta ocupacional? ( ) Sim ( ) Não
- f) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico reumatologista? ( ) Sim ( ) Não
- g) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05 - Ultrassonografia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.04 - RX de articulações ( ) Sim ( ) Não
  - 02.07 - RNM ( ) Sim ( ) Não
- h) Referencia os pacientes para serviço de traumato/ortopedia Serviço de Reabilitação física ou CER com modalidade de reabilitação física quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- i) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

**W) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PLÁSTICA REPARADORA ( ) Sim ( ) Não****W.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico cirurgião plástico, com no mínimo 2 cirurgiões,, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- c) Realiza uma média de 120 consultas por mês com médico cirurgião plástico e 30 consultas por mês com médico anestesista? ( ) Sim ( ) Não
- d) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.02.003-6 Eletrocardiograma ( ) Sim ( ) Não
  - 02.04 - RX ( ) Sim ( ) Não
  - 02.06 - Tomografia ( ) Sim ( ) Não
- e) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica? ( ) Sim ( ) Não
- f) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

**X) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA VASCULAR ( ) Sim ( ) Não****X.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico cirurgião vascular, com no mínimo 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- c) Realiza uma média de 120 consultas por mês com médico cirurgião plástico e 30 consultas por mês com médico anestesista? ( ) Sim ( ) Não
- d) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não

- 02.11.02.003-6 Eletrocardiograma ( ) Sim ( ) Não
- 02.05.01.004-0 - Ultrassonografia doppler vasos ( ) Sim ( ) Não
- 02.10.01.007-0 Arteriografias de membros ( ) Sim ( ) Não
- -Venografias ( ) Sim ( ) Não
- 04.18.01 - confecção e reintervenção em acessos para diálise ( ) Sim ( ) Não
- e) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica? ( ) Sim ( ) Não
- f) Referencia os pacientes para Serviço de Alta complexidade Cardiovascular quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- g) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

**Y) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA BARIÁTRICA ( ) Sim ( ) Não****Y.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo, com no mínimo 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui nutricionista? ( ) Sim ( ) Não
- c) Possui psicólogo ou psiquiatra? ( ) Sim ( ) Não
- d) Possui clínico geral ou endocrinologista? ( ) Sim ( ) Não
- e) Possui equipe complementar? ( ) Sim ( ) Não
- f) Realiza uma média de 120 acompanhamentos pré e pós cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional? ( ) Sim ( ) Não
- g) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
  - 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.04.03 - RX simples de tórax ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia Transtorácico ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05.01.004-0 - Ultrassonografia Doppler Colorido (até 3 vasos) ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia de Abdomen Total ( ) Sim ( ) Não
  - 02.09.01.003-7 - Esofagogastroduodenoscopia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.08.005-5 - Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador (espirometria) ( ) Sim ( ) Não
  - 04.07.01.012-2-Gastrectomia c/ ou s/ desvio duodenal ( ) Sim ( ) Não
  - 04.01.01.73-Gastroplastia c/ derivação intestinal ( ) Sim ( ) Não
  - 04.07.01.018-1-Gastroplastia vertical com banda ( ) Sim ( ) Não
  - 04.07.01.036-0-Gastrectomia vertical em manga (sleeve) ( ) Sim ( ) Não

- 04.07.01.038-6-Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia ( ) Sim ( ) Não
  - 03.01.12.005-6-Acompanhamento de Paciente Pós-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional ( ) Sim ( ) Não
  - 03.01.12.008-0- Acompanhamento de Paciente Pré-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional ( ) Sim ( ) Não
  - 03.03.07.013-7-Tratamento de Intercorrência Clínica pós-cirurgia bariátrica ( ) Sim ( ) Não
  - 04.07.01.037-8-Tratamento de Intercorrência Cirúrgica Pós-Cirurgia Bariátrica ( ) Sim ( ) Não
- h) Realiza o mínimo de 20 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica? ( ) Sim ( ) Não
- i) Contrarreferencia os pacientes para a atenção primária ou Ambulatório de doenças crônicas e idosos? ( ) Sim ( ) Não

**Z) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR ( ) Sim ( ) Não****Z.1 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico endocrinologista, com Registro de Qualificação Profissional? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui médico psiquiatra com Registro de Qualificação com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- c) Possui médico clínico geral com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- d) Possui psicólogo, assistente social e enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- e) Possui equipe complementar? ( ) Sim ( ) Não
- f) Possui médico urologista, médico ginecologista e fonoaudiólogo? ( ) Sim ( ) Não
- g) Realiza uma média de 240 consultas médicas por mês? ( ) Sim ( ) Não
- h) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
  - 02.02 - Exames laboratoriais (Hemograma + perfil hepático + perfil metabólico + pesquisa de ISTs) ( ) Sim ( ) Não
  - 02.02 - Exames laboratoriais (perfil hormonal: estradiol + testosterona total + SHbg + LH + FSH e prolactina) ( ) Sim ( ) Não
- i) Referencia os pacientes para Serviço Especializado no Processo Transexualizador habilitação 30.01 ou 30.03? ( ) Sim ( ) Não
- j) Contrarreferencia os pacientes para a atenção primária? ( ) Sim ( ) Não

**AA) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE PÓS COVID ( ) Sim ( ) Não****AA.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- a) promove o acompanhamento clínico e a reabilitação de pacientes egressos de internação por COVID-19 em leito Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ou leito de enfermaria, que cursaram com seqüelas físicas, cognitivas e/ou psíquicas? ( ) Sim ( ) Não

- b) integra a Linha do Cuidado Pós COVID-19, como componente da atenção especializada ambulatorial? ( ) Sim ( ) Não
- c) melhora a qualidade de vida de pacientes pós COVID-19, mediante atendimento multiprofissional, de forma interdisciplinar? ( ) Sim ( ) Não
- d) está integrado aos demais pontos de atenção à saúde do seu território? ( ) Sim ( ) Não
- e) desenvolve o compartilhamento do cuidado dos usuários com a Atenção Primária em Saúde (APS), de acordo com o plano de cuidados integrado? ( ) Sim ( ) Não
- f) pauta o processo de trabalho pela educação em saúde coletiva, buscando o fortalecimento da equipe e da rede do território a que pertence. Tais ações perpassam o matriciamento, discussão de planos terapêuticos, debates/interlocuções/estudos a partir das necessidades do território, desenvolvimento de pesquisa clínica relacionada ao tema pós COVID-19 e outras ações que qualifiquem o trabalho e a atenção? ( ) Sim ( ) Não
- g) recebe usuários estratificados pela APS por meio das diretrizes clínicas e protocolos de acesso estabelecidos pelo Estado? ( ) Sim ( ) Não

**AA.2 Classificação e equipe mínima**

- a) Possui médico especialista em clínica médica, com titulação reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina com carga horária mínima de 40 horas semanais ? ( ) Sim ( ) Não
- b) Possui médico pneumologista ou cardiologista ou neurologista, com titulação reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- c) Possui enfermeiro com carga horária mínima de 40 horas semanais ? ( ) Sim ( ) Não
- d) Possui assistente social e farmacêutico com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? ( ) Sim ( ) Não
- e) Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 120 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- f) Possui fonoaudiólogo com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- g) Possui nutricionista e psicólogo com carga horária mínima de 40 horas semanais cada? ( ) Sim ( ) Não
- h) Possui terapeuta ocupacional com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- i) Realiza uma média de 430 consultas médicas por mês? ( ) Sim ( ) Não
- j) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02-Diagnóstico em Laboratório Clínico ( ) Sim ( ) Não
  - 02.04-Diagnóstico por Radiologia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia Transtorácica ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05.01.004-0 - Ultrassonografia Doppler de Vasos (até 3 vasos) ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia Abdômen Total ( ) Sim ( ) Não
  - 0206020031-Tomografia Computadorizada de Tórax ( ) Sim ( ) Não
  - 0211020036-Eletrocardiograma ( ) Sim ( ) Não
  - 0211020060-Teste Esforço/T. Ergométrico ( ) Sim ( ) Não
  - 0211080055-Espirometria ou Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador ( ) Sim ( ) Não
  - 0211080080-Teste de Caminhada de 6 Minutos ( ) Sim ( ) Não

- 0401010015-Curativo Grau II c/ ou s/ Debridamento ( ) Sim ( ) Não
- k) Referencia os pacientes para Serviço de pneumologia, serviço de reabilitação, serviço de alta complexidade cardiovascular, serviço de alta complexidade em neurologia? ( ) Sim ( ) Não
- l) Contrarreferencia os pacientes para a atenção primária? ( ) Sim ( ) Não

11. É um HOSPITAL DE PEQUENO PORTE (sem nenhum Tipo de Serviço incentivado)?  
 Sim  Não

#### **11.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- a) realiza internação de pacientes clínicos e/ou cirúrgicos? ( ) Sim ( ) Não
- b) realizar atendimentos ambulatoriais? ( ) Sim ( ) Não
- c) está habilitado pelo Ministério da Saúde como hospital de pequeno porte ou possui até 30 leitos no CNES? ( ) Sim ( ) Não
- d) não estar habilitado no ASSISTIR para outro tipo de serviço? ( ) Sim ( ) Não
- e) atende à sua população de referência e, quando solicitado pela regulação estadual ou municipal, aceitar pacientes de internados em hospitais com maior capacidade tecnológica para manutenção e finalização de tratamento? ( ) Sim ( ) Não

#### **SUPLEMENTAR DIFERENCIAL**

A. Possui AMBULATÓRIO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA? ( ) Sim ( ) Não

#### **A.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- a) atende pacientes com deficiência referenciados pela regulação estadual ou municipal?  
 Sim  Não

B. Possui ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CASOS AGUDOS EM HEMATOLOGIA?  
 Sim  Não

#### **B.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- a) atende pacientes com quadro agudo de leucemia, seja pela porta de entrada da emergência, seja através de transferência hospitalar solicitada pela regulação estadual ou municipal?  
 Sim  Não
- b) atende pacientes com quadro agudo suspeito de leucemia, seja pela porta de entrada da emergência, seja através de transferência hospitalar solicitada pela regulação estadual ou municipal? ( ) Sim ( ) Não

C. Possui FORMAÇÃO RAPS ESCOLA? ( ) Sim ( ) Não

#### **C.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- a) possui implantada e implementadas estratégias de Educação Permanente e de educação continuada em saúde mental coletiva e em psiquiatria? ( ) Sim ( ) Não
- b) garante que a formação dos profissionais possa permear todos os níveis de complexidade que compõem o cuidado em saúde mental na RAPS: atenção básica, atenção psicossocial

especializada, atenção hospitalar, atenção às urgências e emergências, atenção residencial de caráter transitório e estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial presentes no território? ( ) Sim ( ) Não

- c) possui Programa de Residência Médica em Psiquiatria e/ou de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva? ( ) Sim ( ) Não

D. É HOSPITAL PÚBLICO ( ) Sim ( ) Não

**D.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- a) com até 99 leitos? ( ) Sim ( ) Não  
b) com mais de 100 leitos? ( ) Sim ( ) Não  
c) possui algum outro Tipo de Serviço incentivado? ( ) Sim ( ) Não

E. Possui INTERNAÇÃO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SAÚDE MENTAL ( ) Sim ( ) Não

**E.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- a) possui Unidades de Referência Macrorregionais para Atenção Integral em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes nos Hospitais Gerais? ( ) Sim ( ) Não  
b) atende crianças e adolescentes da macrorregião de saúde, após esgotada a complexidade de cuidado das Unidades de Referência Especializadas para Atenção Integral em Saúde Mental dos Hospitais Gerais (casos refratários)? ( ) Sim ( ) Não

F. Possui de LEITOS DE SAÚDE MENTAL ( ) Sim ( ) Não

**F.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- a) é hospital geral com leitos de saúde mental? ( ) Sim ( ) Não

G. PRONTO SOCORRO ( ) Sim ( ) Não

**G.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- a) é hospital de pronto socorro? ( ) Sim ( ) Não

H. TRANSPLANTES ( ) Sim ( ) Não

**H.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais**

- a) apresenta organização de acordo com as normas gerais de funcionamento previstas na Resolução nº 083/2010 – CIB/RS ( ) Sim ( ) Não

**H.2) REQUISITOS GERAIS DAS OPO'S:**

- a) Mantém a equipe da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT e contratar profissionais para a OPO – Organização de Procura de Órgãos ( ) Sim ( ) Não  
b) Mantém infra-estrutura adequada ao funcionamento da OPO, em relação à área física, equipamentos e transporte da equipe. ( ) Sim ( ) Não  
c) Enviam os relatórios de atividades da OPO (Anexo I da alínea H do capítulo III do Anexo I da presente

Portaria). ( ) Sim ( ) Não

d) Enviam os relatórios previstos para as CIHDOTTs na Portaria GM/MS nº 2600, de 21/10/2009.

( ) Sim ( ) Não

**Atribuições Relacionadas aos Hospitais sob Monitoramento Diário:**

a) Monitorar as internações em UTIs com a finalidade de detecção de pacientes classificados como possíveis doadores (Glasgow 3). Esta atividade deve ser presencial em cada UTI, no mínimo três vezes por semana. ( ) Sim ( ) Não

b) Acompanhar o processo de definição da morte encefálica e auxiliar no fluxo técnico da UTI para manutenção da viabilidade do doador. ( ) Sim ( ) Não

c) Integrar equipes de retiradas de órgãos do estado, sendo demandadas, quando necessário, pela CNCDO/RS. ( ) Sim ( ) Não

d) Assessoramento e acompanhamento técnico para as demais UTIs da macro-região de abrangência, sob solicitação da Central de Transplantes. ( ) Sim ( ) Não

**H.3 REQUISITOS ESPECÍFICOS DAS OPO'S – CAPTADORAS DE ÓRGÃOS E CIRÚRGICAS (SD Nºs 10 E 11 DA TABELA DO CAPÍTULO II DO ANEXO I):**

a) Realiza a gestão e capacitação das equipes multidisciplinares envolvidas no ato operatório nas retiradas cirúrgicas, coordenadores hospitalares de transplante e demais profissionais relacionados aos programas de transplantes, de acordo com a necessidade, podendo abranger profissionais de outras instituições; ( ) Sim ( ) Não

b) Realiza coletas de materiais para biópsias; ( ) Sim ( ) Não

c) Realiza procedimentos de canulação, automação e supervisão da perfusão ex-vivo de órgãos abdominais; ( ) Sim ( ) Não

d) Realiza transplantes qualificado dos órgãos doados no Rio Grande do Sul ou oriundos de outros estados, e dos demais materiais biológicos concernentes ao processo de transplante de órgãos e tecidos, em deslocamentos terrestres ou aéreos, em regime de 24 horas por dia, sete dias por semana, em todo o território do Rio Grande do Sul, além de Santa Catarina e Paraná, nos casos em que se aplique.

( ) Sim ( ) Não

**Conclusão por Tipo de Serviço:** \_\_\_\_\_ (informar TS)

( ) Atende a todos os requisitos ( ) Atende Parcialmente ( ) Não Atende

**Justificativa e observações:**

**Nome e assinatura dos membros da CAC:**