

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE**

PORTARIA SES Nº 638/2021

Altera a Portaria SES/RS n. 537/2021, que regulamenta no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o ASSISTIR – Programa de Incentivos Hospitalares, instituído pelo Decreto n. 56.015/2012. PROA 21/2000-0079506-0.

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

a análise das manifestações apresentadas nos termos do § 1º do art. 18 do Decreto 56.015/2021,

a necessidade de alterações nos Anexos que constituem a Portaria SES/RS Nº 537/2021,

a elaboração de sumário para os Anexos, com a numeração e/ou renumeração de itens que já constavam nos Anexos I e II;

RESOLVE:

**Art. 1º.** Introduzir as seguintes modificações nos Anexos da Portaria SES/RS n. 537/2021, que regulamenta o ASSISTIR – Programa de Incentivos Hospitalares:

I – Fica incluído o Sumário dos Anexos, sendo numerados e/ou renumerados os seus itens;

II – Fica alterado no Anexo I, Capítulo I, o peso do tipo de serviço (TS) Porta de Entrada Geral I, de 480 para 600;

III – Fica incluído no Anexo I, Capítulo III:

a) nas Tabelas numeradas de 7, 8, 9, 10, 13, 16, 17, 21, 25, 26, 29 e 32 (tabelas de “classificação” e “especialidade”), a expressão “cada”, a fim de esclarecer que a obrigação do hospital de possuir equipe com mais de um profissional médico especialista na carga horária mínima indicada, refere-se à carga horária de cada profissional.

b) no tipo de serviço (TS) “b. Ambulatório de especialidades clínicas e cirúrgicas e ambulatório de especialidades prioritárias”, nos subitens:

- “b.1. Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos” foram numerados os itens já existentes e incluído o item IV com a seguinte redação:

*“garantir a continuidade do cuidado em saúde por meio do sistema de contrarreferência através da alta responsável, que consiste no processo de planejamento e transferência do cuidado hospitalar para outro ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, em especial a Atenção Primária, orientando os usuários e familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado e implantando mecanismos de desospitalização.”*

- “b.2 Parâmetros Assistenciais” foram introduzidas alterações passando a ter a seguinte redação:

*“A resolutividade no atendimento na atenção secundária e terciária deverá se dar, preferencialmente, nas macrorregiões de saúde, devendo a habilitação de serviços observar os critérios populacionais das regiões, micro e macrorregiões de saúde, conforme o tipo de serviço, as necessidades e o perfil epidemiológico da população.*

*Nas especialidades que possuem subespecialidades, a prestação de serviços deverá ser complementar, ou seja, não poderá ocorrer habilitação de prestadores de serviços que executem atendimentos em subespecialidades idênticas ou semelhantes sem que já se tenha no território atendimento em todas as outras subespecialidades, como por exemplo, na especialidade de traumatologia ortopedia, mais de dois ou mais hospitais que só façam atendimento em ombro.*

*Os hospitais habilitados no programa deverão garantir acesso a todos os métodos diagnósticos, próprio ou tercerizado, garantindo o atendimento integral a toda linha de cuidado aos usuários que acessarem o serviço.*

*O quantitativo de consultas nos ambulatórios clínico/cirúrgicos é projetado para atender a necessidade para as cirurgias exigidas, sendo utilizado o parâmetro de 2 (duas) consultas pré e 1 (uma) consulta pós procedimento, devendo o serviço utilizar as demais consultas para atendimentos clínicos na especialidade habilitada.*

*Esses ambulatórios devem também atender os pacientes que não tem indicação cirúrgica e que necessitam do acompanhamento do especialista para medidas clínicas, garantindo o acompanhamento e todos os demais tratamentos necessários.*

*Os hospitais habilitados nos tipos de serviço de ambulatório de especialidades clínicas e cirúrgicas, ambulatório de especialidades clínicas e ambulatório de especialidades prioritários deverão aceitar a transferência e prestar assistência ao usuário do SUS que estiver internado em outra instituição, mesmo em se tratando de procedimentos eletivos sempre que regulados pelo Estado.”*

-“b.4 Classificação: Especialidades que serão contempladas nos ambulatórios:”:

**item “II. Especialidade em Traumatologia/ortopedia”** foram introduzidas alterações passando a ter a seguinte redação:

(...)

*Disponibilizar de infraestrutura física compatível com o porte do serviço proposto, considerando a RDC nº 50/2002, com portarias estaduais que venham a complementá-la. Deverão contar com consultório, sala de gesso, sala de curativo, acesso aos exames complementares podendo estes serem próprios ou terceirizados.*

(...)

*O serviço deverá atender também os casos clínicos não elegíveis para cirurgia, com acompanhamento integral às necessidades do usuário.*

**Tabela 5 - Linhas:**

“consultas médicas”:

alterado para “Mínimo de 240 consultas/mês com médico traumatologia/ortopedista.”

“procedimentos avaliados”:

incluído “04.08.06.071-9- Videoartroscopia”

“referência/contrarreferência”:

incluídos “*Serviço de Reabilitação física ou CER com modalidade de reabilitação física no caso de necessidade de OPMs.*” e “*Referência de fisioterapia nos municípios para tratamento conservador pré e pós cirúrgico.*”

**item “III. Especialidade em Cirurgia Geral”**

**Tabela 7 – Linha “consultas médicas”:**

alterado para “Mínimo de 210 consultas/mês com médico cirurgião geral”

**item “IV. Especialidade em Urologia”**

**Tabela 8 – Linha “consultas médicas”:**

alterado para “Mínimo de 210 consultas/mês com médico urologista”

**item “VII. Especialidade em odontologia hospitalar para pessoas com deficiência”**

**Tabela 12 – Linhas**

“equipe multiprofissional” alterado para incluir o Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) ou Técnico em Saúde Bucal (TSB): “*No mínimo 01 Cirurgião-Dentista, preferencialmente especialista em Odontologia para Pacientes com Deficiência/Necessidades Especiais e/ou BucoMaxiloFacial e/ou com experiência comprovada em ambiente hospitalar. 01 Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) ou Técnico em Saúde Bucal (TSB), 01 Médico Anestesiologista, além de equipe auxiliar de enfermagem.*”

“consultas” alterado para incluir o termo “demanda reprimida”:  
“*Reguladas, com número mínimo de 30 novos usuários*”

*ingressos/mês e/ou definido pelo número de habitantes da referência abrangida, % de PCDs nessa região e demanda reprimida.”*

“cirurgias” alterado para excluir o quantitativo, que passou para a linha “procedimentos avaliados”: *“Quantidade definida pelo número de novos ingressos/mês. Cirurgias com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica.”*

“procedimentos avaliados” alterado para incluir número de atendimentos mínimos: *“Procedimento principal: 04.14.02.041-3 Tratamento odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais (mínimo de 30/mês) 03.01.01.004-8 Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) CBO Cirurgião Dentista (mínimo 90/mês) Procedimentos secundários conforme a PortariaMSnº 1.032, de 5 de maio de 2010.”*

#### **Item “XI. Especialidade em Genética”**

**Tabela 16** – Linha “consultas médicas e de profissionais de nível superior” alterado para: “Mínimo de 240 consultas/mês (considerar a tele consulta para o geneticista)”

#### **Item “XII. Especialidade em ginecologia”**

**Tabela 17** – Linha “consultas médicas” alterado para: “Mínimo de 240 consultas/mês com médico ginecologista”

**Item “XVI. Especialidade em oftalmologia”**. Foram introduzidas alterações:

Exclusão do texto “(...) Nos casos de atendimento à criança, a agenda deverá ofertar mínimo de 15% do total de consultas médicas. (...)”

#### **Tabela 21** – Linhas

“diagnósticos e tratamentos”: a distribuição dos procedimentos foi ajustada para facilitar a leitura e consulta.

“cirurgias” alterada para: “Mínimo de 100 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, considerando os níveis ambulatorial e hospitalar.”

**Item “XVII. Especialidades em oftalmologia com tratamento em RD (Retinopatia Diabética) e DMRI (Degeneração Macular relacionada à Idade)”**. Alterado o nome da especialidade para “Especialidades em oftalmologia para tratamento de retinopatia diabética (RD) e degeneração macular relacionada à idade (DMRI)”.

Foram introduzidas alterações para incluir as PT SAS/SCTIE MS nº 18/2018, PT SAS nº 4225/2018 e PT SCTIE nº18/2021, passando a ter a seguinte redação:

*“O serviço deverá possuir condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de Atenção Especializada a pacientes portadores de Retinopatia Diabética e/ou DMRI que necessitem ser submetidos a procedimentos clínicos, intervencionistas e cirúrgicos especializados, conforme os parâmetros técnicos da legislação vigente PT/SAS nº288/2008, PT SAS/SCTIE MS nº 18/2018, PT SAS nº 4225/2018 e PT SCTIE nº18/2021).”*

*O Ambulatório de Especialidades em Oftalmologia para RD e DMRI será responsável pelo diagnóstico e tratamento com dispensação e aplicação da medicação anti angiogênica.*

*(...)”*

Foram suprimidos os seguintes parágrafos do texto:

*“(...)”*

*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 – Habilitações – 0506 – Tratamento Do Glaucoma com Medicamentos Âmbito Da Política Nacional de Atenção Oftalmológica.*

*(...)”*

#### **Tabela 22 – Linhas**

“diagnóstico e tratamentos” a distribuição dos procedimentos foi ajustada para facilitar a leitura e consulta.

“cirurgias” alterada para: “Mínimo de 100 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, considerando os níveis ambulatorial e hospitalar.”

**Item XVIII. Especialidade em otorrinolaringologia.** Foram introduzidas alterações, passando a ter a seguinte redação:

*“Este serviço de Otorrinolaringologia deverá realizar diagnóstico, tratamento clínico e cirúrgico, das patologias do ouvido, nariz, seios paranasais, faringe e laringe, em adultos e crianças.”*

#### **Tabela 23 – Linhas**

“equipe multiprofissional” alterada para “Médico(s) otorrinolaringologista(s), com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima total de 40 horas semanais. - Fonoaudiólogo(s) com carga horária mínima total de 20 horas semanais..”

“consultas médicas” alterada para: “Mínimo de 210 consultas/mês com médico otorrinolaringologista”

“diagnóstico e tratamentos” excluída

“exames diagnósticos mínimos obrigatórios” incluída com a seguinte redação: “02.02 - Exames laboratoriais; 02.04 – RX; 02.11.07.002-5 - Audiometria de reforço visual ; 02.11.07.004-1 - Audiometria tonal

limiar; 02.11.07.020-3 – Imitanciometria; 02.11.07.021-1 – Logaudiometria; 02.11.07.005-0 - Avaliação auditiva comportamental infantil; 02.09.04.004-1 – Videolaringoscopia”

“exames diagnósticos que poderão ser exigidos conforme pactuação regional”: incluída com seguinte redação: “02.11.07.027-0 - Potencial evocado auditivo para triagem auditiva (PEATE ou BERA triagem); 02.11.07.026-2 - Potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência. (PEATE ou BERA diagnóstico); 02.11.07.014-9 - Emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva (Teste da Orelhinha); 021107035-1 -Testes vestibulares.”

“cirurgias” alterada para: Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica, considerando apenas os procedimentos realizados a nível hospitalar

#### **Item XX. Especialidade de Cirurgia Torácica**

**Tabela 25** – Linha “consultas” alterada para: “Mínimo de 120 consultas/mês com médico cirurgião torácico”

#### **Item XXI Especialidade de Coloproctologia**

**Tabela 26** – Linha “consultas” alterada para: “Mínimo de 210 consultas/mês com médico coloproctologista”

#### **Item XXII. a Especialidade de Reumatologia**

**Tabela 27** – Linha “referência/contrarreferência” alterada para: *Referência para o serviço de traumatologia/ortopedia. Serviço de Reabilitação física ou CER com modalidade de reabilitação física no caso de necessidade de OPMs. Referência de fisioterapia nos Municípios para tratamento conservador. Contrarreferência: atenção primária”*

#### **Item XXIII. Especialidade de plástica reparadora.**

Foram introduzidas alterações passando a ter a seguinte redação:

“(…)

*Para executar os procedimentos de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, o serviço 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 na íntegra a PT MS/GM 425/2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.”*

**Tabela 28** – Linhas

“consultas médicas” alterada para: “Mínimo de 210 consultas/mês com médico cirurgião plástico e 30 consultas com anestesista”

“diagnóstico e tratamento” alterada para: “02.02 - Exames laboratoriais; 02.11.02.003-6 – Eletrocardiograma; 02.11.02006-0 - Teste de esforço / Teste ergométrico; 02.04 - Raio X; 02.06 – Tomografia; 04.10 - Cirurgia de Mama; 04.13 - Cirurgia Reparadora; 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora Pós-cirurgia Bariátrica”

“procedimentos avaliados” alterada para: “03.01.01.007-2 – CBO médico cirurgião plástico; 04.10 - Cirurgia de Mama; 04.13 – Cirurgia Reparadora; 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora Pós-cirurgia Bariátrica”

#### **Item XXIV. Especialidade de cirurgia vascular**

##### **Tabela 29 – Linhas**

“consultas médicas” alterada para: “Mínimo de 120 consultas/mês com médico cirurgião vascular”

“diagnóstico e tratamentos” incluídos: “02.10.01 Flebografia; 04.18.02 - intervenções cirúrgicas em acessos para diálise”

“procedimentos avaliados” incluído: “04.18.02 - intervenções cirúrgicas em acessos para diálise”

**Item XXV. Especialidade de cirurgia bariátrica.** Foram introduzidas alterações passando a ter a seguinte redação:

*“O serviço de cirurgia bariátrica deverá oferecer atenção à saúde de maneira integral, contínua, multiprofissional e interdisciplinar, com assistência diagnóstica, cirurgia bariátrica e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica.*

*O ambulatório deverá estar integrado aos demais pontos de atenção à saúde do seu território e desenvolver o compartilhamento do cuidado dos usuários com a Atenção Primária em Saúde (APS), de acordo com o plano de cuidados integrado.*

*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 na íntegra a PT MS/GM 425/2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.”*

##### **Tabela 30 – Linhas**

“consultas médicas” incluída para constar: “Mínimo de 15 consultas/mês com médico cirurgião geral ou médico cirurgião do aparelho digestivo”

“acompanhamento pré e pós cirurgia bariátrica” alterado para “acompanhamento pós-cirurgia bariátrica” com “Mínimo de 100 acompanhamentos pós cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional/mês.”

“cirurgia” alterado para: “Mínimo de 15 cirurgias bariátricas/ mês”

“procedimentos avaliados” foi incluído: “03.01.01.007-2 – CBO médico cirurgião geral ou cirurgião do aparelho digestivo;” e excluído “03.01.12.008-0Acompanhamento de Paciente Pré-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional”

**Item XXVII. Especialidade de ambulatório pós covid.** Foram introduzidas alterações passando a ter a seguinte redação:

*“O Ambulatório Pós COVID-19 deverá oferecer atenção à saúde de maneira integral, contínua, multiprofissional e interdisciplinar, a usuários que cursaram com sintomas e sequelas física, e/ou cognitiva e/ou psíquica após infecção pelo SARS-CoV-2.*

*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 ela 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)*

*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)*

*Estudos sugerem comprometimentos residuais 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.*

*As complicações após a recuperação da COVID-19 aguda ainda não estão completamente caracterizadas, portanto é necessário conhecer de forma mais profunda estas alterações e seus impactos na vida das pessoas. A avaliação sistemática das sequelas e a compreensão das necessidades destes pacientes são necessárias para o desenvolvimento de ações para esta população.*

*Dada a escala global da pandemia e a franca demanda que se apresenta, a implantação de cuidados de saúde para a população pós COVID-19 deve ser planejada com serviços aptos a entregar modelos de cuidados de saúde que atendam às necessidades da população. Neste cenário, há clareza que o cuidado com pacientes pós COVID-19 não se encerra quando da alta hospitalar. Importante também, reabilitar os usuários que apresentam sequelas deixadas pela doença.*



## **XXVII.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos:**

- i. promover o acompanhamento clínico e a reabilitação;*
- ii. compor a Linha de Cuidado Pós COVID-19, como componente da atenção especializada ambulatorial;*
- iii. estar integrado aos demais pontos de atenção à saúde do seu território;*
- iv. desenvolver o compartilhamento do cuidado dos usuários com a Atenção Primária em Saúde (APS), de acordo com o plano de cuidados integrado, ferramenta que organiza o atendimento, avalia o processo e qualifica a comunicação entre as equipes da APS e o nível secundário;*
- v. pautar o processo de trabalho pela educação em saúde coletiva, a partir das necessidades locais, buscando o fortalecimento da equipe e da rede do território a que pertence.*

## **XXVII.2 Parâmetros Assistenciais**

*A população a ser atendida pelo ambulatório são os usuários maiores de 18 anos que foram infectados pelo SARS-CoV-2, evoluíram com a doença COVID-19 e cursaram com seqüela física, e/ou cognitiva e/ou psíquica.*

*A APS realizará a estratificação de risco da população-alvo, por meio das diretrizes clínicas e protocolos de acesso estabelecidos pelo Estado e referenciará os usuários para o ambulatório.”*

**Item XXVIII. Especialidade Plantão Presencial.** Foi incluída esta especialidade com a seguinte redação:

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

*A especialidade na porta de entrada 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.*

## **XXVIII.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- i. oferecer o plantão 24 horas com médico plantonista presencial em cada especialidade habilitada para o recebimento do incentivo;*
- ii. ser retaguarda de UTI, para atendimento nas especialidades referidas no com disponibilidade de 100% dos leitos para a gerência do complexo Regulador Estadual, acordando com o conceito de “Vaga Sempre”, ou seja, caberá à Regulação Estadual fazer a regulação das vagas e encaminhamentos dos pacientes de urgência sob critérios que não obedecerão, necessariamente, às referências territoriais para as urgências/emergências;*

- iii. o hospital deverá estar localizado em município que dispõe de base de SAMU com ambulância Suporte Básico, contando com cobertura de unidade de suporte avançado local ou regional;*
- iv. ser referência/retaguarda a Pronto Atendimento Hospitalar 24 horas e/ou UPA;*
- v. garantir a implantação de sistema de acolhimento e triagem de pacientes por Protocolo regulamentado de classificação de risco.*

#### **XXVIII.2 Requisitos à solicitação de habilitação**

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

IV - Fica alterado o Anexo II – Relatório-padrão de Controle pelas CACs os itens que correspondam às alterações do Anexo I.

**Art. 2º.** Os Anexos I e II da Portaria 537/2021 constam na íntegra da presente Portaria com as alterações referidas no art. 1º já consolidadas.

**Art. 3º.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**ARITA BERGMANN,  
Secretária da Saúde**

## Anexos da Portaria SES nº 537/2021

### SUMÁRIO

Anexo 1: Lista dos Tipos de Serviços (TS) e Suplementares Diferenciais (SD) incentivados.....	13
1. Capítulo I: Fatores de cálculo por Tipo de Serviço e respectiva classificação: Peso e UR..	13
2. Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial (SD).....	14
3. Capítulo III: Descrição técnica por TS e SD.....	16
TIPOS DE SERVIÇO.....	16
A) AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO – AGAR (Item 1 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR).....	16
b) 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).....	20
c) 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).....	49
d) AMBULATÓRIO DE EGRESSO DE UTI NEONATAL (Item 5 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR).....	52
e) HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE (HPP) (Item 7 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR).....	58
f) LEITOS DE SAÚDE MENTAL (Item 8 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR).....	58
g) LEITOS DE SAÚDE PRISIONAL (Item 9 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR).....	66
h) LEITOS DE UTI E UCI (Item 10 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR).....	66
i) MATERNIDADE DE ALTO RISCO (Item 11 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR).....	68
j) MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL (Item 12 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR).....	70
k) 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).....	73

l) PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (Item 14 da tabela do Capítulo I: Fatores de Cálculo por Tipo de Serviço: Peso e UR).....	75
SUPLEMENTARES DIFERENCIAIS.....	78
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).....	79
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).....	80
c) FORMAÇÃO RAPS ESCOLA (Item 3 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD).....	81
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).....	82
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).....	82
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).....	83
g) PRONTO SOCORRO (Item 9 da tabela do Capítulo II: Lista dos TS que se enquadram para receber o adicional Suplementar Diferencial SD).....	83
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).....	84
Anexo 2: Relatório-padrão de controle pelas CACs.....	87

## Anexo 1: Lista dos Tipos de Serviços (TS) e Suplementares Diferenciais (SD) incentivados

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

Tabela 1

Tipo de Serviço	Classificação do TS	Peso	Unidade de Referência
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 Clínico/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	1,90	
	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	600	Decreto nº 56.015/2021 Art. 7º, § 3º, III
	Geral II	840	
	Geral III	1.200	
	Especializado I	2.400	
	Especializado II	3.600	

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

**Tabela 2**

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.

### **3. 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**

**a) 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:

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

**a.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos:**

- i. 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
- ii. 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.
- iii. 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.
- iv. adotar o desenho de referências regionalizadas conforme pactuação CIR e da linha de cuidado da Rede da Atenção Materno-Infantil do RS.
- v. 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.
- vi. 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;



- vii. garantir acesso aos exames necessários para atenção integral no alto risco, conforme recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS.
- viii. 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.
- ix. realizar o registro do atendimento no prontuário, caderneta da gestante, formulários, encaminhamentos, laudos.
- x. 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.
- xi. 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.
- xii. realizar monitoramento de resultados e indicadores em consonância com as metas pactuadas para contribuir na redução da morbimortalidade materna e infantil.

## **a.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 ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

### a.3 Classificação e equipe mínima

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

**Tabela 3**

<b>EQUIPE</b>	<b>AGAR Tipo I</b>	<b>AGAR Tipo II</b>
Equipe Multiprofissional	-Enfermeiro com a carga horária mínima de 40 horas semanais -Assistente Social com a carga horária mínima de 08 horas semanais -Psicólogo com a carga horária mínima de 08 horas semanais -Nutricionista com a carga horária mínima de 08 horas semanais	-Enfermeiro com a carga horária mínima de 40 horas semanais -Assistente Social com a carga horária mínima de 08 horas semanais -Psicólogo com a carga horária mínima de 08 horas semanais -Nutricionista com a carga horária mínima de 08 horas semanais
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, Fisiatra, 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 consultas por turno por profissional.	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 multiprofissionais	Mínimo de 8.400 consultas no ano, devendo ser observado as	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.	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 obstetrica 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 obstetrica 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)

- 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;
- 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;
- 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.

#### **a.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:
- Declaração emitida pelo serviço solicitante à habilitação como AGAR, especificando se tipo I ou II;
- 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);
- Cópia atualizada do CNES do serviço;

- v. 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;
- vi. No caso de AGAR I, identificar o AGAR II de referência, quando da necessidade de encaminhamentos, durante o acompanhamento pré-natal;
- vii. Descrição da região de cobertura pretendida com o AGAR, contendo os municípios com suas estimativas de gestantes de alto risco;
- viii. 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;
- ix. 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;

**b) 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.

#### **b.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos:**

- i. 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, podendo a regulação alterar esse percentual conforme a demanda e a especialidade ;
- ii. manter a lista de espera para cirurgia atualizada no sistema GERINT;
- iii. preencher a Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento (DITA) quando houver impossibilidade de acolher o encaminhamento podendo configurar-se negativa de acesso;
- iv. garantir a continuidade do cuidado em saúde, por meio do sistema de contrarreferência através da alta responsável, que consiste no processo de planejamento e transferência do cuidado hospitalar para outro ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, em especial a Atenção Primária, orientando os usuários e familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado e implantando mecanismos de desospitalização.

#### **b.2 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.

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

A resolutividade no atendimento na atenção secundária e terciária deverá se dar, preferencialmente, nas macrorregiões de saúde, devendo a habilitação de serviços observar os critérios populacionais das regiões, micro e macrorregiões de saúde, conforme o tipo de serviço, as necessidades e o perfil epidemiológico da população.

Nas especialidades que possuem subespecialidades, a prestação de serviços deverá ser complementar, ou seja, não poderá ocorrer habilitação de prestadores de serviços que executem atendimentos em subespecialidades idênticas ou semelhantes sem que já se tenha no território atendimento em todas as outras subespecialidades, como por exemplo, na especialidade de traumatologia ortopedia, mais de dois ou mais hospitais que só façam atendimento em ombro.

Os hospitais habilitados no programa deverão garantir acesso a todos os métodos diagnósticos, próprio ou terceirizado, garantindo o atendimento integral a toda linha de cuidado aos usuários que acessarem o serviço.

O quantitativo de consultas nos ambulatórios clínico/cirúrgicos é projetado para atender a necessidade para as cirurgias exigidas, sendo utilizado o parâmetro de 2 (duas) consultas pré e 1 (uma) consulta pós procedimento, devendo o serviço utilizar as demais consultas para atendimentos clínicos na especialidade habilitada.

Esses ambulatórios devem também atender os pacientes que não tem indicação cirúrgica e que necessitam do acompanhamento do especialista para medidas clínicas, garantindo o acompanhamento e todos os demais tratamentos necessários.

Os hospitais habilitados nos tipos de serviço de ambulatório de especialidades clínicas e cirúrgicas, ambulatório de especialidades clínicas e ambulatório de especialidades prioritários deverão aceitar a transferência e prestar assistência ao usuário do SUS que estiver internado em outra instituição, mesmo em se tratando de procedimentos eletivos sempre que regulados pelo Estado.

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.

### **b.3 Requisitos específicos à solicitação de habilitação**

Possuir Projeto Assistencial do ambulatório de especialidade, contendo:

- i. descrição da especialidade com respectivos protocolos adotados pela unidade e procedimentos a serem oferecidos com seus respectivos códigos;
- ii. descrição da equipe multiprofissional, com os respectivos registros, carga horária e comprovação das especialidades;
- iii. lista dos equipamentos que a instituição possui, conforme a necessidade da especialidade a ser habilitada;

- iv. serviços de referência para os demais pontos de atenção na rede;
- v. 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.

**b.4 Classificação: Especialidades que serão contempladas nos ambulatórios:**

**I. 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.

**Tabela 4**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIDADE CLÍNICA</b>
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 - biópsia 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, barbiereze.
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.

**II. 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, conservador e reabilitação.

Dispor de infra-estrutura física compatível com o porte do serviço proposto, considerando a RDC nº 50/2002, com portarias estaduais que venham a complementá-la. Deverão contar com consultório, sala de gesso, sala de curativo, acesso aos exames complementares podendo estes serem próprios ou terceirizados.

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.

O serviço deverá atender também os casos clínicos não elegíveis para cirurgia, com acompanhamento integral às necessidades do usuário.

**Tabela 5**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA</b>
Equipe Multiprofissional	-Médico traumato/ortopedista com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada -Fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais -Equipe de enfermagem -Técnico de gesso.
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês com médico traumato/ortopedista
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.04 - Raio X 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma 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. 04.08.06.071-9- Videoartroscopia 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. Serviço de Reabilitação física ou CER com modalidade de reabilitação física no caso de necessidade de OPMs. Referência de fisioterapia nos municípios para tratamento conservador pré e pós cirúrgico. 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 e tratamentos diferenciais indicados no quadro abaixo:

**Tabela 6**

<b>SUBESPECIALIDADE</b>	<b>DIFERENCIAIS</b>
04.08.01 – Cintura Escapular	ENMG e videoartroscopia
04.08.02 – Membros Superiores	
04.08.03 – Coluna Vertebral e Caixa Torácica	
04.08.04 – Cintura Pélvica	
04.08.05 – Membros Inferiores	
04.08.06 - Gerais	



### III. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA GERAL

Este serviço deverá oferecer consultas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, de forma multidisciplinar, e intervenções cirúrgicas a hérnias 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.

**Tabela 7**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA</b>
Equipe Multiprofissional	-Médico cirurgião geral, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 210 consultas/mês com médico cirurgião geral
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.04 - Raio X 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

### IV. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA

Este serviço de Urologia atua na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças do aparelho gênito-urinário, 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.

**Tabela 8**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIDADE CLÍNICA/CIRÚRGICA</b>
Equipe Multiprofissional	-Médico cirurgião Urologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada -Equipe de enfermagem
Consultas médicas	Mínimo de 210 consultas/mês com urologista
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.09.02.001-6 - Cistoscopia 02.11.09.001-8 - Estudo urodinâmico 02.11.09.007-7 - Urofluxometria livre 02.04.05.017-0 - Uretrocistografia miccional 02.04.05.018-9 - Urografia excretora

	02.11.09.002-6 - Cateterismo de uretra 02.05 - Ultrassonografia 02.05.02.011-9 e 02.01.01.041-0 - US Próstata transretal com biópsia de próstata (mínimo de 20/mês) 02.06 - Tomografia abdômen total
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 Urologista 02.05.02.011-9 e 02.01.01.041-0 - US Próstata transretal com biópsia de próstata (mínimo de 20/mês)
Referência/Contrarreferência	Referência: Procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia. Unidade de Alta complexidade em Oncologia Contrarreferência: atenção primária

## V. 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.

**Tabela 9**

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Médico urologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 20 horas semanais cada -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 120 consultas/mês com cirurgião
Diagnóstico e tratamentos	02.04.05.013-8 - Raio X simples de abdômen 02.05.02.005-4 - Ultrassonografia do trato urinário 02.06.03.003-7 - Tomografia do abdômen 02.04.05.018-9 - Urografia excretora
Procedimentos	Mínimo de 30 procedimentos mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica se necessário
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO Urologista 03.09.03.010-2 - Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque - Tratamento Subsequente em 1 Região Renal) 03.09.03.012-9 Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque Parcial/Completa 1 Região Renal) 03.09.03.013-7 Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque Parcial/Completa 2 Região Renal) 03.09.03.011-0 Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque - Tratamento Subsequente em 2 Região Renal) 03.09.03.018-9 Litotripsia 04.09.01.059-6 Ureterolitotripsiatransureteroscópica
Referência/Contrarreferência	Contrarreferência: atenção primária

## VI. 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 paradentais, 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.

**Tabela 10**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIDADE CIRÚRGICA</b>
Equipe Multiprofissional	-Cirurgião Bucomaxilofacial, com mínimo de 2 cirurgiões, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada -Equipe de enfermagem -Fonoaudiólogo
Diagnóstico e tratamentos	Avaliação clínica pré-operatória, exames de imagem (Raio X extra oral- Panorâmico e Raio X intrabuciais – 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

## **VII. 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.

**Tabela 11**

<b>Código</b>	<b>Nome do Procedimento</b>
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/ alveoplastia 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	Ulotomia/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), Anestesiista 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 anestesiista. 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 transcirúrgico. Alta anestésica efetuada pelo médico anesthesiologista 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.

**Tabela 12**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIDADE CIRÚRGICA</b>
Equipe Multiprofissional	No mínimo 01 Cirurgião-Dentista, preferencialmente especialista em Odontologia para Pacientes com Deficiência/Necessidades Especiais e/ou BucoMaxiloFacial e/ou com experiência comprovada em ambiente hospitalar. 01 Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) ou Técnico em Saúde Bucal (TSB), 01 Médico Anestesista, além de equipe auxiliar de enfermagem.
Consultas	Reguladas, com número mínimo de 30 novos usuários ingressos/mês e/ou definido pelo número de habitantes da referência abrangida, % de PCDs nessa região e demanda reprimida.
Diagnóstico e tratamentos	Avaliação clínica pré-operatória, exames de imagem (Raio X extra oral- Panorâmico e Raio X intrabucais - periapical e interproximal), exames laboratoriais.
Cirurgias	Quantidade definida pelo número de novos ingressos/mês. 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 (mínimo de 30/mês) 03.01.01.004-8 Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) CBO Cirurgião Dentista (mínimo 90/mês) Procedimentos secundários conforme a PortariaMSnº 1.032, de 5 de maio de 2010.
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 SES/RS.

### **VIII. 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.

**Tabela 13**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIDADE CLÍNICA</b>
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 - Equipe de Enfermagem
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 - Raio X 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

## IX. 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.

**Tabela 14**

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 - Raio X 02.09.01.003-7 - Endoscopia Digestiva Alta (mínimo de 50 exames) 02.05 - Ultrassonografia 02.09.01.001-0 colangiopancreatografia retrógrada (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/colangiopressonancia
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

## X. 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.

**Tabela 15**

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 - Raio X 02.09.01.003-7 - Endoscopia Digestiva Alta 02.05 - Ultrassonografia 02.09.01.001-0 colangiopancreatografia retrógrada (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/colangiressonancia
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

## XI. 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.

**Tabela 16**

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico geneticista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais -Biomédico, Nutricionista e Enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais cada
Consultas médicas e de profissionais de nível superior	Mínimo de 240 consultas/mês (considerar a teleconsulta para o geneticista)
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais.
Procedimentos Avaliado	03.01.01.0072 – CBO Médico geneticista (mínimo de 120/mês) 03.01.01.0048 – CBO Biomédico, nutricionista ou enfermeiro
Referência/Contrarreferência	Contrarreferência: atenção primária Referência: Serviço de Doenças Raras

## XII. 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.

**Tabela 17**

<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 cada -Enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês com médico ginecologista
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.04 - Raio X 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.

### **XIII. 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.

**Tabela 18**

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

#### XIV. 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, cefaleias 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.

**Tabela 19**

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico neurologista com carga horária mínima de 30 horas semanais -Fisioterapeuta e com Registro de Qualificação Profissional 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 02.05.02.017-8 - US Transfontanela 02.11.05 - EEG sono e vigília

	02.11.05.008-3 - ENMG 02.07 - RNM com e sem sedação 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 médico neurologista 03.01.01.007-2 – CBO médico 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.

## XV. 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.

**Tabela 20**

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.

## XVI. 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, ser habilitado e/ou credenciado conforme parâmetros e diretrizes das PT/SAS nº288/2008, PT GM/MS nº 1631/2015.

O serviço deverá atender a adultos e a pediatria (até 15 anos).

Para atendimento ao glaucoma o serviço tem que ser habilitado para tratamento do glaucoma - Habilitações - 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.

**Tabela 21**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA</b>
Equipe Multiprofissional	-Médico oftalmologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 20 horas semanais cada -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês com médico oftalmologista.
Diagnóstico e tratamentos	02.02 Exames Laboratoriais 02.005.02.002-0 Paquimetria Ultrassônica 02.05.02.008-9 Ultrassonografia do Globo ocular/ Órbita monocular 02.11.06.001-1 Biometria Ultrassônica (monocular) 02.11.06.002-0 Biomicroscopia de Fundo Olho 02.11.06.003-8 Campimetria 02.11.06.005-4 Ceratometria 02.11.06.006-2 Curva Diária de Pressão Ocular - CDPO 02.11.06.011-9 Gonioscopia 02.11.06.012-7 Mapeamento de Retina com gráfico 02.11.06.014-3 Microscopia Especular de Córnea 02.11.06.015-1 Potencial Acuidade Visual 02.11.06.017-8 Retinografia Colorida Binocular 02.11.06.018-6 Retinografia Fluorescente Binocular 02.11.06.022-4 Teste Visão de Cores 02.11.06.023-2 Teste Ortóptico 02.11.06.026-7 Topografia Computadorizada de Córnea 02.11.06.010-0 Fundoscopia 02.11.06.025-9 Tonometria 02.11.06.028-3 Tomografia de Coerência Óptica
Cirurgias	Mínimo de 100 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, considerando os níveis ambulatorial e hospitalar.
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico Oftalmologista com Registro de Qualificação Profissional. 04.05 - Cirurgia do aparelho da visão. 04.05.05 –Cirurgia – Conjuntiva, Córnea, Câmara anterior, Íris, Corpo ciliar e Cristalino 03.03.05 – Tratamento de doenças do aparelho da visão.
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço de Alta complexidade de Oftalmologia. Serviço de Oftalmologia com DMRI e RD Contrarreferência: atenção primária

## **XVII. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES EM OFTALMOLOGIA PARA TRATAMENTO DE RETINOPATIA DIABÉTICA (RD) E DEGENERAÇÃO MACULAR RELACIONADA À IDADE (DMRI)**

O serviço deverá possuir condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de Atenção Especializada a pacientes portadores de Retinopatia Diabética e/ou DMRI que necessitem ser submetidos a procedimentos clínicos, intervencionistas e cirúrgicos especializados, conforme os parâmetros técnicos da legislação vigente PT/SAS nº288/2008, PT SAS/SCTIE MS nº 18/2018, PT SAS nº 4225/2018 e PT SCTIE nº18/2021).

O Ambulatório de Especialidades em Oftalmologia para RD e DMRI será responsável pelo diagnóstico e tratamento com dispensação e aplicação da medicação anti angiogênica.

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.

**Tabela 22**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA</b>
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 02.005.02.002-0 Paquimetria Ultrassônica 02.05.02.008-9 Ultrassonografia do Globo ocular/ Órbita monocular 02.11.06.001-1 Biometria Ultrassônica (monocular) 02.11.06.002-0 Biomicroscopia de Fundo Olho 02.11.06.003-8 Campimetria 02.11.06.005-4 Ceratometria 02.11.06.006-2 Curva Diária de Pressão Ocular - CDPO 02.11.06.011-9 Gonioscopia 02.11.06.012-7 Mapeamento de Retina com gráfico 02.11.06.014-3 Microscopia Especular de Córnea 02.11.06.015-1 Potencial Acuidade Visual 02.11.06.017-8 Retinografia Colorida Binocular 02.11.06.018-6 Retinografia Fluorescente Binocular 02.11.06.022-4 Teste Visão de Cores 02.11.06.023-2 Teste Ortóptico 02.11.06.026-7 Topografia Computadorizada de Córnea 02.11.06.010-0 Fundoscopia 02.11.06.025-9 Tonometria 02.11.06.028-3 Tomografia de Coerência Óptica
Cirurgias	Mínimo de 100 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, considerando os níveis ambulatorial e hospitalar.

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 com medicação anti angiogênica. 04.05.03.004-5 - Fotocoagulação a Laser 04.05.03.005-3 - Injeção Intra Vítreo
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço de Alta complexidade de Oftalmologia. Contrarreferência: atenção primária

## XVIII. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Este serviço de Otorrinolaringologia deverá realizar diagnóstico, tratamento clínico e cirúrgico, das patologias do ouvido, nariz, seios paranasais, faringe e laringe, em adultos e crianças.

**Tabela 23**

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Médico(s) otorrinolaringologista(s), com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima total de 40 horas semanais. -Fonoaudiólogo(s) com carga horária mínima total de 20 horas semanais.
Consultas médicas	Mínimo de 210 consultas/mês com médico otorrinolaringologista
Exames diagnósticos mínimos obrigatórios	02.02 - Exames laboratoriais 02.04 - RX 02.11.07.002-5 - Audiometria de reforço visual 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 02.09.04.004-1 - Videolaringoscopia
Exames diagnósticos que poderão ser exigidos conforme pactuação regional	02.11.07.027-0 - Potencial evocado auditivo para triagem auditiva (PEATE ou BERA triagem). 02.11.07.026-2 - Potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência. (PEATE ou BERA diagnóstico). 02.11.07.014-9 - Emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva (Teste da Orelhinha). 021107035-1 - Testes vestibulares.
Cirurgias	Mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica, considerando apenas os procedimentos realizados a nível hospitalar.
Procedimentos Avaliados	CBO Médico Otorrinolaringologista 03.01.01.007-2 – Consulta médica 04.04 - Cirurgia das Vias Aéreas Superiores, Da Face, da Cabeça e do Pescoço (será considerado, a título de cumprimento de metas contratual, somente o procedimento principal e os secundários lançados neste subgrupo) 02.09.04.004-1 - Videolaringoscopia. CBO Fonoaudiólogo 03.01.01.004-8 - Consulta Fonoaudiólogo 02.11.07.004-1 - Audiometria tonal limiar 02.11.07.020-3 - Imitanciometria 02.11.07.021-1 - Logoaudiometria
Referência/Contrarreferência	Pacientes com diagnósticos de perdas auditivas, 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>

[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)  
Referência: Serviço de Alta Complexidade em Oncologia  
Contrarreferência: atenção primária

## XIX. 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.

**Tabela 24**

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICA
Equipe Multiprofissional	-Médico pneumologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais -Fisioterapeuta 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 02.01.01.042-9 - Punção e biópsia de tórax 02.04 - Raio X 02.11.08.005-5 - Espirometria 02.07 - RNM 02.06 - Tomografia 02.11.08.002-0 Gasometria
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico pneumologista 03.02.04 – Assistência fisioterapêutica cardiovascular e pneumofuncionais
Referência/Contrarreferência	Referência para o serviço de Cirurgia Torácica Serviço de Alta Complexidade em Oncologia Contrarreferência: atenção primária

## XX. 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.

**Tabela 25**

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-Médico cirurgião torácico, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínimo de 20 horas semanais cada -Fisioterapeuta -Equipe de enfermagem
Consultas médicas	Mínimo de 120 consultas/mês com médico cirurgião torácico
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 - Raio X 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

## XXI. 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.

**Tabela 26**

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	-2 Médicos coloproctologistas ou 1 Médico Proctologista e 1 Médico Cirurgião Geral, com Registro de Qualificação Profissional com carga mínima de 20 horas semanais cada -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 210 consultas/mês com médico coloproctologista
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.01.01 - Biópsias 02.04 - Raio X 02.05 - Ultrassonografia 02.09.01.002-9 – colonoscopia (coloscopia) (mínimo de 50/mês) 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 03.01.01.007-2 – CBO médico coloproctologista</li> <li>• 04.07.02 – Intestinos, Reto e Anus</li> <li>• 02.09.01.002-9 – colonoscopia (coloscopia)</li> <li>02.09.01.005-3 - Retossigmóideoscopia</li> </ul>
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço de Alta Complexidade em Oncologia Contrarreferência: atenção primária

## XXII. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM REUMATOLOGIA

O 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.

**Tabela 27**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIDADE CLÍNICA</b>
Equipe Multiprofissional	-Médico reumatologista com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais -Fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais -Farmacêutico responsável com carga horária 40 horas semanais - Enfermeiro capacitado -Terapeuta Ocupacional.
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas/mês
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.05 - Ultrassonografia 02.04 - Raio X de articulações 02.07 - RNM
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico reumatologista
Referência/Contrarreferência	Referência para o serviço de traumatologia/ortopedia Serviço de Reabilitação física ou CER com modalidade de reabilitação física no caso de necessidade de OPMs. Referência de fisioterapia nos Municípios para tratamento conservador. Contrarreferência: atenção primária

**XXIII. 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 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 na íntegra a PT MS/GM 425/2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

**Tabela 28**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIDADE CIRÚRGICA</b>
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 210 consultas/mês com médico cirurgião plástico e 30 consultas com anestesista
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma 02.11.02006-0 - Teste de esforço / Teste ergométrico 02.04 - Raio X 02.06 - Tomografia

	04.10 - Cirurgia de Mama 04.13 - Cirurgia Reparadora 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora Pós-cirurgia Bariátrica
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 04.10 - Cirurgia de Mama 04.13 – Cirurgia Reparadora 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora Pós-cirurgia Bariátrica
Contrarreferência	Atenção Primária em Saúde

#### **XXIV. 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.

**Tabela 29**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIDADE CIRÚRGICA</b>
Equipe Multiprofissional	-Médico cirurgião vascular, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 20 horas semanais cada -Equipe de enfermagem.
Consultas médicas	Mínimo de 120 consultas/mês com médico cirurgião vascular
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 02.10.01 Flebografia 04.18.01 - acessos para diálise 04.18.02 - intervenções cirúrgicas 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 - acessos para diálise 04.18.02 - intervenções cirúrgicas em acessos para diálise
Referência/Contrarreferência	Serviço de Alta complexidade Cardiovascular Contrarreferência: serviços de hemodiálise e atenção primária

#### **XXV. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA BARIÁTRICA**

O serviço de cirurgia bariátrica deverá oferecer atenção à saúde de maneira integral, contínua, multiprofissional e interdisciplinar, com assistência diagnóstica, cirurgia bariátrica e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica.

O ambulatório deverá estar integrado aos demais pontos de atenção à saúde do seu território e desenvolver o compartilhamento do cuidado dos usuários com a Atenção Primária em Saúde (APS), de acordo com o plano de cuidados integrado.

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 atender na íntegra a PT MS/GM 425/2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

**Tabela 30**

CLASSIFICAÇÃO	ESPECIALIDADE CLÍNICO/CIRÚRGICA
Equipe Multiprofissional	Equipe mínima: -Médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo, com mínimo de 2 cirurgiões, com titulação reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina -Nutricionista, com titulação reconhecida pelo Conselho Regional de Nutrição -Psicólogo ou psiquiatra, com titulação reconhecida pelos Conselhos Regionais de Psicologia e Medicina, respectivamente -Clínico geral ou endocrinologista, com titulação reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina -Equipe complementar: -Médicos clínico geral, cardiologista, pneumologista, endocrinologista, angiologista/cirurgião vascular, cirurgião plástico e anesthesiologista; equipe de enfermagem; fisioterapeuta; assistente social; com titulação reconhecida pelos respectivos Conselhos Profissionais.
Consultas médicas	Mínimo de 15 consultas/mês com médico cirurgião geral ou médico cirurgião do aparelho digestivo
Acompanhamento pós-cirurgia bariátrica	Mínimo de 100 acompanhamentos pós cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional/mês.
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais 02.04.03 - RX simples de tórax 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia Transtorácico 02.05.01.004-0 - Ultrassonografia Doppler Colorido (até 3 vasos) 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia de Abdomen Total 02.09.01.003-7 - Esofagogastroduodenoscopia 02.11.08.005-5 - Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador (espirometria) 03.01.12.005-6-Acompanhamento de Paciente Pós-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional 04.07.01.012-2-Gastrectomia 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-Gastrectomia vertical em manga (sleeve) 04.07.01.038-6-Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia
Cirurgias	Mínimo de 15 cirurgias bariátricas/ mês
Procedimentos avaliados	03.01.01.007-2 – CBO médico cirurgião geral ou cirurgião do aparelho digestivo 03.01.12.005-6-Acompanhamento de Paciente Pós-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional 04.07.01.012-2-Gastrectomia 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-Gastrectomia vertical em manga (sleeve) 04.07.01.038-6-Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia
Contrarreferência	Atenção Primária em Saúde e Ambulatório de Condições Crônicas para Adultos, Pessoas Idosas e Lesões de Pele

## XXVI. 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).

**Tabela 31**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>ESPECIALIDADE CLÍNICA</b>
Equipe Multiprofissional	-Médico endocrinologista com Registro de Qualificação com carga horária mínima de 20 horas semanais -Médico psiquiatra com Registro de Qualificação com carga horária mínima de 20 horas semanais -Médico clínico geral com carga horária mínima de 20 horas semanais -Psicólogo, Assistente Social e Enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais -Equipe complementar: -Médico urologista, médico ginecologista e fonoaudiólogo.
Consultas médicas	Mínimo de 240 consultas médicas/mês
Diagnóstico e tratamentos	02.02 - Exames laboratoriais (Hemograma + perfil hepático + perfil metabólico + pesquisa de ISTs) 02.02 - Exames laboratoriais (perfil hormonal: estradiol + testosterona total + SHbg + LH + FSH e prolactina)
Procedimentos Avaliados	03.01.01.007-2 – CBO Endocrinologista, Psiquiatra e Clínica Geral 03.01.01.004-8 - CBO Psicóloga, Assistente Social e Enfermeira 03.01.01.030-7 - CBO Endocrinologista, Psiquiatra e Clínica Geral 03.01.04.00.3-6 - Psiquiatra, Psicóloga e Assistente Social 03.01.04.004-4 - Psiquiatra, Psicóloga e Assistente Social
Referência/Contrarreferência	Referência: Serviço Especializado no Processo Transexualizador habilitação 30.01 ou 30.03. Contrarreferência: atenção primária

## XXVII. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE PÓS COVID

O Ambulatório Pós COVID-19 deverá oferecer atenção à saúde de maneira integral, contínua, multiprofissional e interdisciplinar, a usuários que cursaram com sintomas e sequelas física, e/ou cognitiva e/ou psíquica após infecção pelo SARS-CoV-2.

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 ela 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)

“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)

Estudos sugerem comprometimentos residuais 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.

As complicações após a recuperação da COVID-19 aguda ainda não estão completamente caracterizadas, portanto é necessário conhecer de forma mais profunda estas alterações e seus impactos na vida das pessoas. A avaliação sistemática das sequelas e a compreensão das necessidades destes pacientes são necessárias para o desenvolvimento de ações para esta população.

Dada a escala global da pandemia e a franca demanda que se apresenta, a implantação de cuidados de saúde para a população pós COVID-19 deve ser planejada com serviços aptos a entregar modelos de cuidados de saúde que atendam às necessidades da população. Neste cenário, há clareza que o cuidado com pacientes pós COVID-19 não se encerra quando da alta hospitalar. Importante também, reabilitar os usuários que apresentam sequelas deixadas pela doença.

### **XXVII.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- i. promover o acompanhamento clínico e a reabilitação;
- ii. compor a Linha de Cuidado Pós COVID-19, como componente da atenção especializada ambulatorial;
- iii. estar integrado aos demais pontos de atenção à saúde do seu território;
- iv. desenvolver o compartilhamento do cuidado dos usuários com a Atenção Primária em Saúde (APS), de acordo com o plano de cuidados integrado, ferramenta que organiza o atendimento, avalia o processo e qualifica a comunicação entre as equipes da APS e o nível secundário;
- v. pautar o processo de trabalho pela educação em saúde coletiva, a partir das necessidades locais, buscando o fortalecimento da equipe e da rede do território a que pertence.

## XXVII.2 Parâmetros Assistenciais

A população a ser atendida pelo ambulatório são os usuários maiores de 18 anos que foram infectados pelo SARS-CoV-2, evoluíram com a doença COVID-19 e cursaram com sequela física, e/ou cognitiva e/ou psíquica.

A APS realizará a estratificação de risco da população-alvo, por meio das diretrizes clínicas e protocolos de acesso estabelecidos pelo Estado e referenciará os usuários para o ambulatório.

## XXVII.3 Classificação e equipe mínima

Tabela 32

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>- Técnico de Enfermagem 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 com carga horária mínima de 40 horas semanais</li><li>- Psicólogo com carga horária mínima de 30 horas semanais</li><li>- Terapeuta Ocupacional com carga horária mínima de 30 horas semanais</li></ul>
Consultas médicas	Mínimo de 480 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 especialista em clínica médica, 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 reabilitação, serviço de pneumologia, serviço de alta complexidade cardiovascular, serviço de alta complexidade em neurologia Contrarreferência: atenção primária em saúde

#### **XXVII.4 Requisitos à solicitação de habilitação**

O serviço proponente deverá atender na íntegra o previsto em nota técnica específica da SES/RS, comprovando que preenche os critérios técnicos exigidos e que possui capacidade técnica e instalada para absorver a demanda dos atendimentos.

#### **XXVIII. PLANTÃO PRESENCIAL**

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

A especialidade na porta de entrada 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.

##### **XXVIII.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- i. oferecer o plantão 24 horas com médico plantonista presencial em cada especialidade habilitada para o recebimento do incentivo;
- ii. ser retaguarda de UTI, para atendimento nas especialidades referidas no com disponibilidade de 100% dos leitos para a gerência do complexo Regulador Estadual, acordando com o conceito de “Vaga Sempre”, ou seja, caberá à Regulação Estadual fazer a regulação das vagas e encaminhamentos dos pacientes de urgência sob critérios que não obedecerão, necessariamente, às referências territoriais para as urgências/emergências;



- iii. o hospital deverá estar localizado em município que dispõe de base de SAMU com ambulância Suporte Básico, contando com cobertura de unidade de suporte avançado local ou regional;
- iv. ser referência/retaguarda a Pronto Atendimento Hospitalar 24 horas e/ou UPA;
- v. garantir a implantação de sistema de acolhimento e triagem de pacientes por Protocolo regulamentado de classificação de risco.

## **XXVIII.2 Requisitos à solicitação de habilitação**

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

### **c) 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.

#### **c.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- i. 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;
- ii. compartilhar a atenção à saúde com a APS, de acordo com o plano de cuidados integrado;
- iii. oferecer as 04 funções essenciais: assistencial, matriciamento, pesquisa clínica operacional e educação permanente para a APS;
- iv. comprometer-se com o alcance dos indicadores de estrutura, processo e resultado previstos em documento específico a ser editado pela SES

- v. ofertar consultas por equipe multiprofissional, exames especializados, administração de medicamentos e procedimentos conforme documento específico a ser editado pela SES;
- vi. adotar o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e do modelo de atenção contínua, conforme a figura a seguir:

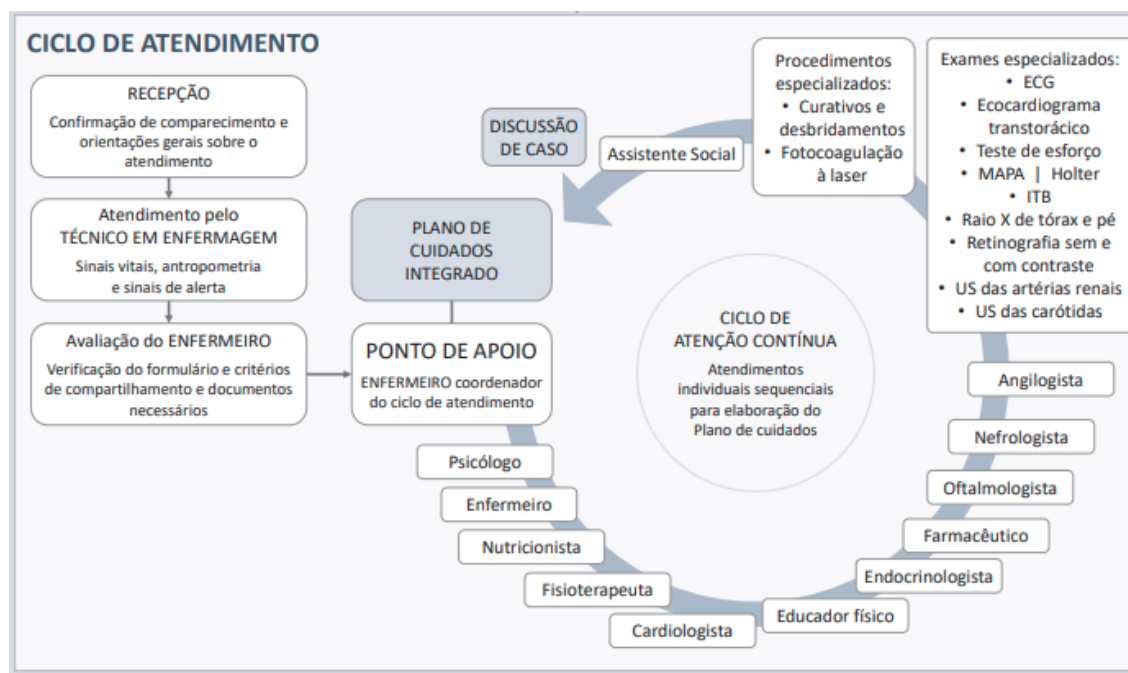


Figura 1: Ciclo de atendimento da atenção contínua (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2020, p. 64).

## c.2 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:

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

### c.3 Classificação e equipe mínima

**Tabela 33**

<b>EQUIPE</b>	<b>AMBULATÓRIO DE CRÔNICOS</b>
Enfermeiro Coordenador Geral Enfermeiro Coordenador Assistencial	Carga horária mínima de 40 horas semanais
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/matriciamento 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

#### c.4 Requisitos à solicitação de habilitação

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

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

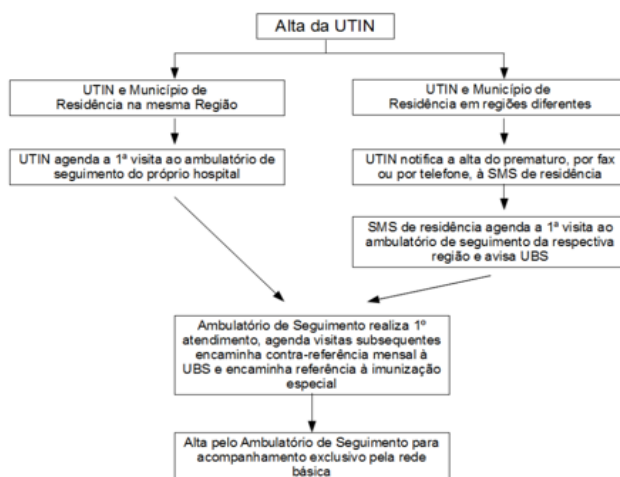
O Ambulatório de Egresso de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), integrante da Rede de Atenção Materno Infantil do RS objetiva e visa garantir:

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

#### d.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

- i. 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



- ii. 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:

**Tabela 34**

<b>AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO DE CRIANÇAS EGRESSAS DE UTIN 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 EGRESSO</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

- iii. 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;
- iv. 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
- v. manter atualizado o relatório mensal de atividades conforme modelo a seguir:

**Tabela 35**

<b>RELATÓRIO MENSAL DE ATIVIDADES AMBULATÓRIO DE EGRESSO 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>	
Neonatologia	
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	



## d.2 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:

**Tabela 36**

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

## d.3 Classificação e equipe mínima

**Tabela 37**

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

## d.4 Requisitos à solicitação de habilitação

Conforme documento orientativo da SES/RS.

**e) 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.

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

- i. realizar internação de pacientes clínicos e/ou cirúrgicos;
- ii. realizar atendimentos ambulatoriais;
- iii. estar habilitado pelo Ministério da Saúde como hospital de pequeno porte ou possuir até 30 leitos no CNES;
- iv. não estar habilitado no ASSISTIR para outro tipo de serviço;
- v. 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;

**e.2 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.

**e.3 Requisitos específicos à solicitação de habilitação**

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

**f) 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:

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

**f.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos:**

- i. 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;
- ii. trabalhar para a melhoria constante da qualificação assistencial;
- iii. disponibilizar, através dos sistemas oficiais do Estado, os leitos à regulação estadual;
- iv. 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 com as necessidades identificadas;
- v. elaborar Plano Terapêutico Singular (PTS) através da equipe multidisciplinar, com a participação do usuário;
- vi. utilizar as guias de referência e contrarreferência para toda a rede de saúde conforme modelo a seguir:

**Tabela 38**

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:	
( ) Enfermaria adulto	( ) Enfermaria pediátrica
( ) Hospital dia	( ) Obstétrico
( ) Psiquiátrico	( ) UTI adulto
( ) UTI pediátrica	( ) UTI neo natal
Cid principal:	Data da solicitação:
Hora:	Procedimento:
Assinatura do Responsável	

**Tabela 39**

<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: ( ) Masculino ( ) 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>	

- vii. 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;
- viii. atender às urgências e emergências em saúde mental referenciadas pela RAPS local e/ou regional;
- ix. garantir o atendimento do paciente pelo médico clínico plantonista nas situações em que não houver a presença do médico psiquiatra na admissão do usuário;
- x. 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;
- xi. garantir a visita de familiares, rede afetiva e profissionais de referência do usuário durante a internação, de modo a fortalecer as relações sociais;
- xii. 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;
- xiii. promover atividades de educação permanente para os profissionais do hospital em conjunto com os demais serviços da RAPS;
- xiv. proporcionar aos usuários a participação em espaços terapêuticos em conjunto com a rede extra-hospitalar durante a internação;

- xv. considerar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) para prescrição dos psicofármacos disponíveis na Rede no momento da alta do paciente;
- xvi. 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;

## f.2 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.

## f.3 Classificação e equipe mínima

**Tabela 40**

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.

#### f.4 Requisitos à solicitação de Habilitação

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

(I) Projeto terapêutico conforme modelo a seguir:

**Tabela 41**

<b>PROJETO TÉCNICO INSTITUCIONAL DA UNIDADE DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA PARA ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL</b>
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:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ser elaborado com a participação do usuário, considerando sua singularidade e direito de escolha;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ser apresentado por escrito e permanecer disponível para consulta na Unidade de Referência Especializada para atenção integral em Saúde Mental em Hospital Geral;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• avaliar permanentemente os indicadores de qualidade e humanização à assistência prestada.</li> </ul>
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:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• avaliação clínica, psiquiátrica, psicológica e social, realizada por equipe multiprofissional, devendo ser considerado o estado clínico/psíquico do paciente;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• atendimento em grupo (psicoterapia, orientação, atividades de suporte social, entre outras);</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• integração com programas locais de redução de danos, ainda durante a internação;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• utilização de protocolos técnicos para o manejo de situações especiais, como por exemplo, a necessidade de contenção física;</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• atividades comunitárias (descrever);</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• visitas domiciliares (descrever).</li> </ul>
<b>4.7 ARTICULAÇÃO COM A REDE</b> As ações de trabalho em rede e linha de cuidado devem contemplar:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• matriciamento</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• pactuação de fluxos de referência e contrarreferência, na lógica de linha de cuidado</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• reuniões periódicas com a rede</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• capacitações em rede</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• relação com serviços que compõem a rede de atenção integral em saúde mental do município ou região, descrevendo ações articuladas</li> </ul>
<b>5. A EQUIPE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Composição (lista de profissionais em quadro com nome completo, carga horária, formação)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de trabalho da equipe (Descrever)</li> </ul>
<b>6. REGISTROS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• prontuário único e sistemático para cada usuário</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• atas de reunião de equipe</li> </ul>
<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;

**g) 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.

**g.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

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

**h) 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.

**h.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos:**

- i. 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;
- ii. 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;
- iii. a taxa de ocupação média mensal inferior a 60% (sessenta por cento) pelo período de 90 (noventa) dias passarão por reavaliação técnica;
- iv. publicar, mensalmente, a taxa de mortalidade padronizada (quociente entre a mortalidade verificada sobre a mortalidade esperada), assinada pelo Responsável Técnico;
- v. garantir diagnóstico, a beira do leito, da Retinopatia da Prematuridade (ROP), em todo o recém-nascido internado em leitos de UTI Neonatal, com peso ao nascer < 1500g e/ou Idade Gestacional < 32 semanas.

- vi. considerar ainda nos leitos de UTI Neonatal, a presença de fatores de risco, tais como: síndrome do desconforto respiratório, sepse, transfusões sanguíneas, gestações múltiplas e hemorragia intracraniana.

## **h.2 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 até 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, caso não haja opção de leitos em outras UTIs.

Não será autorizado o bloqueio de leitos para procedimentos de desinfecção da UTI conforme orientação da Nota Técnica nº01/2010 da Anvisa.

Nos hospitais com leitos de UTI Neonatal, exige-se, para manter a qualificação do atendimento e acolhimento adequados, a especial atenção à chamada Retinopatia do Recém-Nascido Prematuro (do inglês 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 4<sup>o</sup> 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.

### **h.3 Classificação e equipe mínima**

**Tabela 42**

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

### **h.4 Requisitos à solicitação de habilitação**

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

#### **i) 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:

- i. 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.;
- ii. 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;
- iii. 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."

#### **i.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- i. apresentar todos os critérios técnicos requisitados na Maternidade de Risco Habitual.
- ii. realizar atendimento de urgência/ emergência obstétrica, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;
- iii. 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;
- iv. receber todas as gestantes de alto risco previamente vinculadas pela atenção básica e/ou ambulatório de gestante de alto risco (AGAR);

- v. 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;
- vi. manter todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para centrais de regulação municipais ou estadual;
- vii. implantar o acolhimento com classificação de risco em urgências obstétricas, ginecológicas e neonatais;
- viii. manter a unidade de avaliação da vitalidade fetal pré-natal de alto risco da sua área de referência;
- ix. 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).;
- x. 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;
- xi. 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;
- xii. 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
- xiii. comunicar situações que possam interferir nos atendimentos contratualizados e no fluxo da rede

## **i.2 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.

### i.3 Classificação e equipe mínima

**Tabela 43**

<b>EQUIPE</b>	<b>MATERNIDADE DE ALTO RISCO</b>
Equipe Multiprofissional	Enfermeiro e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana. Enfermeiro Obstetra, Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Neonatologista ou Intensivista Pediatria, Médico Pediatra, Nutricionista, Farmacêutico e Psicólogo disponíveis sempre que necessário.
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 Anestesiologista	Disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana
Diagnóstico e tratamento	Disponível 24 horas por dia, sete dias por semana: 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.

### i.4 Requisitos à solicitação de habilitação

Habilitação federal

#### **j) 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:

- i. 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;
- ii. ações de atendimento integrado com a Atenção Primária realiza pré-natal de risco habitual.

#### **j.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- i. 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;
- ii. 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;
- iii. 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;
  - iv. assumir a corresponsabilidade na avaliação e classificação de risco da gestante e o encaminhamento a serviço de maior complexidade sempre que necessário;
  - v. 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;
  - vi. 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);
  - vii. 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;
  - viii. assegurar o respeito à diversidade cultural, étnica, racial e sexual das gestantes e seus familiares;
  - ix. 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;
  - x. realizar ações de planejamento reprodutivo pós-parto ou abortamento;
  - xi. 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;
  - xii. assumir o compromisso de inserção gradativa da oferta de DIU pós-parto e abortamento;
  - xiii. realizar a contrarreferência da mulher para o serviço de atenção primária do seu território, garantindo a continuidade do cuidado;

- xiv. 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;
- xv. 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;
- xvi. encaminhar a gestante para os serviços de referência nos casos de aborto previsto em lei ou interrupção legal da gestação;
- xvii. 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;
- xviii. 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
- xix. 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.
- xx. 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.
- xxi. 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
- xxii. 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
- xxiii. assegurar o respeito, a proteção e a garantia dos direitos humanos e dos direitos sociais.
- xxiv. comunicar situações que possam interferir nos atendimentos contratualizados e no fluxo da rede

## **j.2 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.

### **j.3 Classificação e equipe mínima**

**Tabela 44**

<b>EQUIPE</b>	<b>MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL</b>
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 Anestesiologista	Disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana.

### **j.4 Requisitos à solicitação de habilitação**

Conforme documento orientativo da SES/RS.

### **k) 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.

#### **k.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos:**

- i. 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;
- ii. ampliar a produção de exames e procedimentos diagnósticos em, no mínimo, 5% (cinco por cento) ao ano.

#### **k.2 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 anatomopatológicos, ultrassonografias, esofagogastroduodenoscopias, colonoscopias,

retossigmoidoscopias, mamografias, tomografias, entre outros e devem, obrigatoriamente, proporcionar toda a linha de cuidado ao paciente.

### **k.3 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).

**Tabela 45**

<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

### **k.4 Requisitos à solicitação de Habilitação**

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

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

- i. 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.
- ii. 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.

#### **I.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- i. possuir estrutura e equipe capacitada para atendimento e estabilização de paciente crítico;
- ii. dispor de serviços de apoio diagnóstico, com laboratório clínico e de imagem em tempo integral;
- iii. submeter-se à regulação estadual, sem negativa de acesso, conforme as referências pactuadas;
- iv. acolher, sem negativa de acesso, pacientes de fora das referências pactuadas quando encaminhados pela regulação estadual;
- v. possuir o sistema informatizado do SAMU na porta de entrada para receber pacientes e registrar atendimentos;
- vi. estabelecer e adotar protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e procedimentos administrativos no hospital;

- vii. 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;
- viii. 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;
- ix. submeter-se à regulação estadual, à qual caberá coordenar os fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;
- x. possuir equipe multiprofissional compatível com o porte da porta de entrada hospitalar de urgência;
- xi. organizar o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como “diarista”, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe;
- xii. 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;
- xiii. 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;
- xiv. garantir o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
- xv. 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.

## **I.2 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.

### I.3 Classificação e equipe mínima

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

**Tabela 46**

*PORTE	NÚMERO DE LEITOS	HABILITAÇÃO EM ALTA COMPLEXIDADE	EQUIPE MÍNIMA	PERFIL ASSISTENCIAL
Geral I	Até 50 leitos	Não se aplica	Disponer 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	Disponer 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	Disponer 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 complexidade
Especializado I	Mais de 100 leitos	Ao menos uma habilitação federal, em alta complexidade, nas especialidades de Traumatologia-Ortopedia	Disponer de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no	Atendimentos clínicos e cirúrgicos de média e alta complexidade

		e/ou Neurologia/Neurocirurgia e/ou Cardiologia	mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem. Obrigatório Pediatra, Cirurgião e Anestesiologista.	
Especializado II	Mais de 100 leitos	Ao menos duas habilitações federais, em alta complexidade, nas especialidades de Traumatologia-Ortopedia e/ou Neurologia/Neurocirurgia e/ou Cardiologia	Disponibilizar 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 o plantão presencial, serviço médico, operando 24 horas por dia, sete dias por semana, nas especialidades de Oftalmologia, Cirurgia Vascular, Neurologia Clínica e Cirúrgica, Traumatologia-Ortopedia, Buco-Maxilo-Facial, desde que a instituição não seja habilitada em Alta Complexidade para a referida especialidade.

A especialidade na porta está contemplada dentro do tipo de serviço Ambulatório de Especialidades Clínicas e Cirúrgicas, item BB 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.

### **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 ambulatorio de especialidades, o ambulatorio 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**

- i. 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**

- i. 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;



- ii. 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**

- i. implantar e implementar estratégias de Educação Permanente e de educação continuada em saúde mental coletiva e em psiquiatria;
- ii. 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;
- iii. 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**

- i. 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**

- i. possuir Unidades de Referência Macrorregionais para Atenção Integral em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes nos Hospitais Gerais;
- ii. 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, acrescentando 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**

- i. 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**

- i. 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, conseqüentemente, 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):**

- i. 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;
- ii. Coletas de materiais para biópsias;
- iii. Procedimentos de canulação, automação e supervisão da perfusão ex-vivo de órgãos abdominais;
- iv. 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;

**Para outras normativas, será criada Nota Técnica da SES.**

**Tabela 47**

<b>RELATÓRIO MENSAL DA OPO</b>		
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

Tabela 48

RELATÓRIO PADRÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO ASSISTIR PELAS COMISSÕES DE ACOMPANHAMENTO DE CONTRATOS
CNES do Hospital:
Nome do Hospital:
Período avaliado:
TIPOS DE SERVIÇO
a) . Possui AGAR? ( ) Sim ( ) Não ( ) Tipo I ( ) Tipo II
i. 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
ii. 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
iii. 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
iv. adota o desenho de referências regionalizadas conforme pactuação e linha de cuidado da Rede da Atenção Materno-Infantil do RS? ( ) Sim ( ) Não
v. 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
vi. 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
vii. 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
viii. 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
ix. realiza o registro do atendimento no prontuário, caderneta da gestante, formulários, encaminhamentos, laudos? ( ) Sim ( ) Não
x. 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
xi. 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
xii. realiza monitoramento de resultados e indicadores em consonância com as metas pactuadas para contribuir na redução da morbimortalidade materna e infantil? ( ) Sim ( ) Não
<b>a.2 Classificação e equipe mínima</b>
<b>AGAR I</b>
i. Possui Enfermeiro com a carga horária mínima de 40 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
ii. Possui Assistente Social com a carga horária mínima de 08 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
iii. Possui Psicólogo com carga horária mínima de 08 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
iv. Possui Nutricionista com a carga horária mínima de 08 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
v. 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
vi. Possui médico Clínico Geral com carga horária mínima de 08 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
vii. 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
viii. 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
ix. 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

x. 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

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

#### **AGAR II**

i. Possui Enfermeiro com a carga horária mínima de 40 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

ii. Possui Assistente Social com a carga horária mínima de 08 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

iii. Possui Psicólogo com carga horária mínima de 08 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

iv. Possui Nutricionista com a carga horária mínima de 08 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

v. 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

vi. Possui médico Clínico Geral com carga horária mínima de 08 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

vii. Possui quatro Médicos em Medicina Fetal, Endocrinologia e Cardiologia? ( ) Sim ( ) Não

viii. Possui mais dois profissionais (Neurologista, Geneticista, Fisiatra, Fisioterapeuta, Educador Físico ou outro)? ( ) Sim ( ) Não

ix. 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

x. 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

xi. 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

xii. 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

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

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

#### **b.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

i. disponibiliza mensalmente, no mínimo 20% a agenda para as primeiras consultas, à regulação estadual e/ou municipal? ( ) Sim ( ) Não

ii. mantém a lista de espera para cirurgia atualizada no sistema GERINT? ( ) Sim ( ) Não

iii. preenche a Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento (DITA) quando houver impossibilidade de acolher o encaminhamento? ( ) Sim ( ) Não

iv. qual o número total de DITAs emitidas pelo prestador no período avaliado? \_\_\_\_\_

v. do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de profissionais que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? \_\_\_\_\_



- vi. do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de equipamentos que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? \_\_\_\_\_
- vii. do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de estrutura física que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? \_\_\_\_\_
- viii. do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de exames que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? \_\_\_\_\_
- ix. na eventualidade de não prestação do serviço incentivado, o prestador apresentou plano para recuperar os atendimentos/serviços não prestados? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, anexar o plano de recuperação aprovado pela CAC.

**I) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM DERMATOLOGIA ( ) Sim ( ) Não**

**I.1 Classificação e equipe mínima**

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

**II) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM TRAUMATO/ORTOPEDIA ( ) Sim ( ) Não**

**II.1 Classificação e equipe mínima**

- i. Possui médico traumato/ortopedista com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? ( ) Sim ( ) Não
- ii. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- iii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- iv. Possui técnico de gesso? ( ) Sim ( ) Não
- v. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico traumato/ortopedista? ( ) Sim ( ) Não
- vi. 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
- vii. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? ( ) Sim ( ) Não
- viii. Referencia os pacientes para os serviços que atendam procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia para unidade habilitada em alta complexidade em traumato/ortopedia quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- ix. Referencia os pacientes para os serviços de Reabilitação física ou CER com modalidade de reabilitação física no caso de necessidade de OPMs quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- x. Referencia os pacientes para os serviços de fisioterapia nos municípios para tratamento conservador pré e pós cirúrgico quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- xi. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não
- xii. Atende o mínimo de duas subespecialidades e garante os exames diferenciais? Quais subespecialidades atende?
- 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

**III) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA GERAL ( ) Sim ( ) Não**

**III.1 Classificação e equipe mínima**

- i. Possui médico cirurgião geral com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? ( ) Sim ( ) Não
- ii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- iii. Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico cirurgião geral? ( ) Sim ( ) Não

iv. 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

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

vi. Referencia os pacientes para os serviços que atendam procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia quando necessário? ( ) Sim ( ) Não

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

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

**IV.1 Classificação e equipe mínima**

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

ii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não

iii. Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico urologista? ( ) Sim ( ) Não

iv. 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

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

vi. 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

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

**V) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA LITOTRIPSIA** ( ) Sim ( ) Não

**V.1 Classificação e equipe mínima**

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

ii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não

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

iv. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

- 02.04.05.013-8 – Raio X 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

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

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

**VI) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL**

( ) Sim ( ) Não

**VI.1 Classificação e equipe mínima**

i. Possui médico cirurgião bucomaxilofacial com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? ( ) Sim ( ) Não

ii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não

iii. Possui fonoaudiólogo? ( ) Sim ( ) Não

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

v. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

- Avaliação clínica pré-operatória, exames de imagem (Raio X extra oral- Panorâmico e Raio X intrabuciais – 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

- vi. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? ( ) Sim ( ) Não
- vii. Atende pacientes de todas as faixas etárias? ( ) Sim ( ) Não
- viii. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não
- VII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ODONTOLOGIA HOSPITALAR PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA** ( ) Sim ( ) Não
- VII.1 Classificação e equipe mínima**
- i. 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
- ii. Possui no mínimo um auxiliar ou técnico em saúde bucal? ( ) Sim ( ) Não
- iii. Possui médico anesthesiologista? ( ) Sim ( ) Não
- iv. Equipe auxiliar de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- v. 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
- vi. Disponibiliza avaliação clínica pré-operatória, exames de imagem (RX extra oral- Panorâmico e RX intrabucais - periapical e interproximal), exames laboratoriais? ( ) Sim ( ) Não
- vii. 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 unirradicular ( ) Sim ( ) Não
  - 03.07.02.007-0 - Pulpotomia dentária ( ) Sim ( ) Não
  - 03.07.03.002-4 - Raspagem alisamento subgingivais (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
- viii. Realiza o quantitativo de cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica de acordo com o número de novos ingressos mês? ( ) Sim ( ) Não
- ix. 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
- x. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não
- VIII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ENDOCRINOLOGIA** ( ) Sim ( ) Não

### **VIII.1 Classificação e equipe mínima**

- i. Possui médico endocrinologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- ii. Possui nutricionista e enfermeiro com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? ( ) Sim ( ) Não
- iii. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico cirurgião? ( ) Sim ( ) Não
- iv. 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 - Raio X ( ) 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
- v. Referencia os pacientes para os serviços de cirurgia geral ou serviço de alta complexidade em oncologia e/ou obesidade quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- vi. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

### **IX) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GASTROENTEROLOGIA ( ) Sim ( ) Não**

#### **IX.1 Classificação e equipe mínima**

- i. Possui médico gastroenterologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- ii. Possui nutricionista com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- iii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- iv. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico gastroenterologista? ( ) Sim ( ) Não
- v. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.04 - Raio X ( ) Sim ( ) Não
  - 02.09.01.003-7 - Endoscopia Digestiva Alta ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05 - Ultrassonografia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.09.01.001-0 colangiopancreatografia retrógrada (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
- vi. Referencia os pacientes para os serviços de cirurgia geral ou oncologia e contrarreferência do mesmo, para acompanhamento do paciente após cirurgia em acompanhamento ambulatorial quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- vii. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não

### **X) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA ( ) Sim ( ) Não**

#### **X.1 Classificação e equipe mínima**

- i. Possui médico gastroenterologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- ii. Possui nutricionista com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- iii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- iv. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico gastroenterologista? ( ) Sim ( ) Não
- v. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.04 - Raio X ( ) Sim ( ) Não
  - 02.09.01.003-7 - Endoscopia Digestiva Alta ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05 - Ultrassonografia ( ) Sim ( ) Não
  - 02.09.01.001-0 colangiopancreatografia retrógrada (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
- vi. Referencia os pacientes para os serviços de cirurgia geral, pediátrica ou oncologia e contrarreferência do

mesmo, para acompanhamento do paciente após cirurgia em acompanhamento ambulatorial quando necessário? ( ) Sim ( ) Não

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

**XI) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GENÉTICA** ( ) Sim ( ) Não

**XI.1 Classificação e equipe mínima**

i. Possui médico geneticista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

ii. Possui biomédico, bioquímico, nutricionista e, enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

iii. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico gastroenterologista? ( ) Sim ( ) Não

iv. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

• 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não

v. Referencia os pacientes para os serviços de doenças raras quando necessário? ( ) Sim ( ) Não

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

**XII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GINECOLOGIA** ( ) Sim ( ) Não

**XII.1 Classificação e equipe mínima**

i. Possui médico cirurgião Ginecologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? ( ) Sim ( ) Não

ii. Possui enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

iii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não

iv. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico ginecologista? ( ) Sim ( ) Não

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

vi. 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

vii. Referencia os pacientes para os serviços com procedimentos de necessidade de uso de alta tecnologia quando necessário? ( ) Sim ( ) Não

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

**XIII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEUROLOGIA ADULTO** ( ) Sim ( ) Não

**XIII.1 Classificação e equipe mínima**

i. Possui médico neurologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

ii. Possui fisioterapeuta, psicólogo e fonoaudiólogo com carga horária mínima de 20 horas semanais?

iii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não

iv. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico neurologista? ( ) Sim ( ) Não

v. 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

vi. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em neurologia quando necessário? ( ) Sim ( ) Não

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

**XIV) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEUROLOGIA INFANTIL** ( ) Sim ( ) Não

**XIV.1 Classificação e equipe mínima**

i. Possui médico neurologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

ii. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

iii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não

iv. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico neurologista? ( ) Sim ( ) Não

v. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05.02.017-8 - US Transfontanela ( ) 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
- vi. 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
- vii. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não
- XV) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CARDIOLOGIA ( ) Sim ( ) Não**
- XV.1 Classificação e equipe mínima**
- i. Possui médico cardiologia, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- ii. Possui nutricionista? ( ) Sim ( ) Não
- iii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- iv. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico cardiologista? ( ) Sim ( ) Não
- v. 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
- vi. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em cardiologia quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- vii. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não
- XVI) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA ( ) Sim ( ) Não**
- XVI.1 Classificação e equipe mínima**
- i. Possui médico oftalmologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? ( ) Sim ( ) Não
- ii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não
- iii. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico oftalmologista? ( ) Sim ( ) Não
- iv. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.028-3 - Tomografia de Coerência Óptica ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05.02.002-0 Paquimetria Ultrassônica ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05.02.008-9 Ultrassonografia do Globo Ocular/ Órbita monocular
  - 02.11.06.001-1 Biometria Ultrassônica (monocular)
  - 02.11.06.002-0 - Biomicroscopia de Fundo Olho ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.003-8 - Campimetria ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.005-4 - Ceratometria ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.006-2 - Curva Diária de Pressão Ocular - CDPO ( ) 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
  - 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 - Teste Ortóptico ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.026-7 - Topografia Computadorizada de Córnea ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.025-9 - Tonometria ( ) Sim ( ) Não
- v. Realiza no mínimo de 100 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar? ( ) Sim ( ) Não
- vi. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em oftalmologia e/ou Serviço de Oftalmologia com DMRI e RD quando necessário? ( ) Sim ( ) Não
- vii. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? ( ) Sim ( ) Não
- XVII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA PARA TRATAMENTO DE**

**RETINOPATIA DIABÉTICA (RD) E DEGENERAÇÃO MACULAR RELACIONADA À IDADE (DMRI)**

( ) Sim ( ) Não

**XVII.1 Classificação e equipe mínima**

i. Possui médico oftalmologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? ( ) Sim ( ) Não

ii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não

iii. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico oftalmologista? ( ) Sim ( ) Não

iv. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
- 02.11.06.028-3 - Tomografia de Coerência Óptica ( ) Sim ( ) Não
- 02.05.02.002-0 Paquimetria Ultrassônica ( ) Sim ( ) Não
- 02.05.02.008-9 Ultrassonografia do Globo Ocular/ Órbita monocular
- 02.11.06.001-1 Biometria Ultrassônica (monocular)
- 02.11.06.002-0 - Biomicroscopia de Fundo Olho ( ) Sim ( ) Não
- 02.11.06.003-8 - Campimetria ( ) Sim ( ) Não
- 02.11.06.005-4 - Ceratometria ( ) Sim ( ) Não
- 02.11.06.006-2 - Curva Diária de Pressão Ocular - CDPO ( ) 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
- 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 - Teste Ortóptico ( ) Sim ( ) Não
- 02.11.06.026-7 - Topografia Computadorizada de Córnea ( ) Sim ( ) Não
- 02.11.06.025-9 - Tonometria ( ) Sim ( ) Não

v. Realiza no mínimo de 100 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar?

( ) Sim ( ) Não

vi. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em oftalmologia quando necessário? ( ) Sim ( ) Não

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

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

i. Possui médico otorrinolaringologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 40 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

ii. Possui fonoaudiólogo com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

iii. Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico otorrinolaringologista? ( ) Sim ( ) Não

iv. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
- 02.04 - Raio X ( ) 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
- 021107035-1 - Testes vestibulares ( ) Sim ( ) Não
- 02.11.07.014-9 - Emissões otoacústicas evocadas p/ triagem auditiva (teste da orelhinha)  
( ) Sim ( ) Não

v. Realiza no mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica, considerando apenas os procedimentos realizados a nível hospitalar? ( ) Sim ( ) Não

vi. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em oncologia ou de reabilitação auditiva

quando necessário? ( ) Sim ( ) Não

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

**XIX) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PNEUMOLOGIA** ( ) Sim ( ) Não

**XIX.1 Classificação e equipe mínima**

i. Possui médico pneumologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

ii. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

iii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não

iv. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico pneumologista? ( ) Sim ( ) Não

v. 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 - Raio X ( ) 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

vi. Referencia os pacientes para os serviços de Cirurgia Torácica e/ou Serviço de Alta Complexidade em Oncologia quando necessário? ( ) Sim ( ) Não

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

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

**XX.1 Classificação e equipe mínima**

i. Possui médico cirurgião torácico, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? ( ) Sim ( ) Não

ii. Possui fisioterapeuta? ( ) Sim ( ) Não

iii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não

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

v. 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 - Raio X ( ) 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

vi. Realiza no mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar?

( ) Sim ( ) Não

vii. Referencia os pacientes para Serviço de Alta Complexidade em Oncologia, ambulatório de Pneumologia quando necessário? ( ) Sim ( ) Não

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

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

( ) Sim ( ) Não

**XXI.1 Classificação e equipe mínima**

i. Possui pelo menos 1 médico coloproctologista e 1 médico cirurgião geral, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? ( ) Sim ( ) Não

ii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não

iii. Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico coloproctologista? ( ) Sim ( ) Não

iv. 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 - Retossigmoidoscopia ( ) Sim ( ) Não
- 02.06.03 - Tomografia abdômen ( ) Sim ( ) Não
- 02.07.03 - RNM Abdômen e pelve ( ) Sim ( ) Não

v. Realiza no mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar?

( ) Sim ( ) Não



vi. Referencia os pacientes para Serviço de Alta Complexidade em Oncologia quando necessário?

( ) Sim ( ) Não

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

**XXII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM REUMATOLOGIA** ( ) Sim ( ) Não

**XXII.1 Classificação e equipe mínima**

i. Possui médico reumatologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

ii. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

iii. Possui farmacêutico responsável com carga horária mínima de 40 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

iv. Possui enfermeiro capacitado? ( ) Sim ( ) Não

v. Possui terapeuta ocupacional? ( ) Sim ( ) Não

vi. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico reumatologista? ( ) Sim ( ) Não

vii. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
- 02.05 - Ultrassonografia ( ) Sim ( ) Não
- 02.04 - Raio X de articulações ( ) Sim ( ) Não
- 02.07 - RNM ( ) Sim ( ) Não

viii. Referencia os pacientes para serviço de traumatologia/ortopedia Serviço de Reabilitação física ou CER com modalidade de reabilitação física no caso de necessidade de OPMs quando necessário?

( ) Sim ( ) Não

ix. Referencia os pacientes para serviço de fisioterapia nos Municípios para tratamento conservador quando necessário? ( ) Sim ( ) Não

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

**XXIII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PLÁSTICA REPARADORA** ( ) Sim ( ) Não

**XXIII.1 Classificação e equipe mínima**

i. Possui médico cirurgião plástico, com no mínimo 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? ( ) Sim ( ) Não

ii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não

iii. Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico cirurgião plástico? ( ) Sim ( ) Não

iv. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
- 02.11.02.003-6 Eletrocardiograma ( ) Sim ( ) Não
- 02.11.02.006-0 - Teste de esforço / Teste ergométrico ( ) Sim ( ) Não
- 02.04 - Raio X ( ) Sim ( ) Não
- 02.06 - Tomografia ( ) Sim ( ) Não
- 04.10 - Cirurgia de Mama ( ) Sim ( ) Não
- 04.13 - Cirurgia Reparadora ( ) Sim ( ) Não
- 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora Pós-cirurgia Bariátrica

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

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

**XXIV) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA VASCULAR** ( ) Sim ( ) Não

**XXIV.1 Classificação e equipe mínima**

i. Possui médico cirurgião vascular, com no mínimo 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? ( ) Sim ( ) Não

ii. Possui equipe de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não

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

iv. 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
- 02.10.01 Flebografia ( ) Sim ( ) Não
- 04.18.01 - acessos para diálise ( ) Sim ( ) Não
- 04.18.02 - intervenções cirúrgicas em acessos para diálise ( ) Sim ( ) Não

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

vi. Referencia os pacientes para Serviço de Alta complexidade Cardiovascular quando necessário?

( ) Sim ( ) Não

vii. Contrarreferencia os pacientes para serviços de hemodiálise a Atenção Primária em Saúde?

( ) Sim ( ) Não

**XXV) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA BARIÁTRICA** ( ) Sim ( ) Não

**XXV.1 Classificação e equipe mínima**

i. Possui médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo, com no mínimo 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional? ( ) Sim ( ) Não

ii. Possui nutricionista? ( ) Sim ( ) Não

iii. Possui psicólogo ou psiquiatra? ( ) Sim ( ) Não

iv. Possui clínico geral ou endocrinologista? ( ) Sim ( ) Não

v. Possui equipe complementar? ( ) Sim ( ) Não

vi. Realiza uma média de 120 acompanhamentos pré e pós cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional? ( ) Sim ( ) Não

vii. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

- 02.02 - Exames laboratoriais ( ) Sim ( ) Não
- 02.04.03 – Raio X 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

viii. Realiza o mínimo de 15 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica? ( ) Sim ( ) Não

ix. Contrarreferencia os pacientes para a atenção primária ou Ambulatório de doenças crônicas e idosos?

( ) Sim ( ) Não

**XXVI) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR** ( ) Sim ( ) Não

**XXVI.1 Classificação e equipe mínima**

i. Possui médico endocrinologista, com Registro de Qualificação Profissional? ( ) Sim ( ) Não

ii. Possui médico psiquiatra com Registro de Qualificação com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

iii. Possui médico clínico geral com carga horária mínima de 20 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

iv. Possui psicólogo, assistente social e enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

v. Possui equipe complementar? ( ) Sim ( ) Não

vi. Possui médico urologista, médico ginecologista e fonoaudiólogo? ( ) Sim ( ) Não

vii. Realiza uma média de 240 consultas médicas por mês? ( ) Sim ( ) Não

viii. 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

ix. Referencia os pacientes para Serviço Especializado no Processo Transexualizador habilitação 30.01 ou 30.03? ( ) Sim ( ) Não

x. Contrarreferencia os pacientes para a atenção primária? ( ) Sim ( ) Não

**XXVII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE PÓS COVID** ( ) Sim ( ) Não

**XXVII.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

i. 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

ii. compõe a Linha do Cuidado Pós COVID-19, como componente da atenção especializada ambulatorial?

( ) Sim ( ) Não

iii. está integrado aos demais pontos de atenção à saúde do seu território? ( ) Sim ( ) Não

iv. desenvolve o compartilhamento do cuidado dos usuários com a Atenção Primária em Saúde (APS), de acordo com o plano de cuidados integrado? ( ) Sim ( ) Não

v. 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/interloquções/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

#### **XXVII.2 Classificação e equipe mínima**

i. Possui médico especialista em clínica médica, com titulação reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina com carga horária mínima de 40 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

ii. 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

iii. Possui enfermeiro com carga horária mínima de 40 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

iv. Possui assistente social e farmacêutico com carga horária mínima de 20 horas semanais cada?

( ) Sim ( ) Não

v. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 120 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

vi. Possui fonoaudiólogo com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

vii. Possui nutricionista e psicólogo com carga horária mínima de 40 horas semanais cada?

( ) Sim ( ) Não

viii. Possui terapeuta ocupacional com carga horária mínima de 30 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não

ix. Realiza uma média de 480 consultas médicas por mês? ( ) Sim ( ) Não

x. 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

xi. Referencia os pacientes para Serviço de pneumologia, serviço de reabilitação, serviço de alta complexidade cardiovascular, serviço de alta complexidade em neurologia? ( ) Sim ( ) Não

xii. Contrarreferencia os pacientes para a atenção primária? ( ) Sim ( ) Não

**XXVIII) PLANTÃO PRESENCIAL** ( ) Sim ( ) Não

#### **XXVIII.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

i. oferece plantão 24 horas com médico plantonista presencial em cada especialidade habilitada para o recebimento do incentivo? ( ) Sim ( ) Não

ii. é retaguarda de UTI, para atendimento nas especialidades referidas no com disponibilidade de 100% dos leitos para a gerência do complexo Regulador Estadual, acordando com o conceito de "Vaga Sempre"?

( ) Sim ( ) Não

iii. está localizado em município que dispõe de base de SAMU com ambulância Suporte Básico, contando com cobertura de unidade de suporte avançado local ou regional? ( ) Sim ( ) Não

iv. é referência/retaguarda a Pronto Atendimento Hospitalar 24 horas e/ou UPA? ( ) Sim ( ) Não

v. utiliza sistema de acolhimento e triagem de pacientes por Protocolo regulamentado de classificação de risco? ( ) Sim ( ) Não

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

ii. 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

iii. 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

iv. compartilha o cuidado com a atenção à saúde com a APS, de acordo com o plano de cuidados integrado? ( ) Sim ( ) Não

v. oferece as 04 funções essenciais: assistencial, matriciamento, pesquisa clínica operacional e educação permanente para a APS? ( ) Sim ( ) Não

vi. compromete-se com o alcance dos indicadores de estrutura, processo e resultado previstos em

- documento específico a ser editado pela SES? ( ) Sim ( ) Não
- vii. oferta consultas por equipe multiprofissional, exames especializados, administração de medicamentos e procedimentos conforme documento específico a ser editado pela SES? ( ) Sim ( ) Não
- viii. adota o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e do modelo de atenção contínua, constante na Portaria SES nº 537/2021 e suas atualizações? ( ) Sim ( ) Não
- ix. programa consultas médicas, no mínimo, 2 pacientes/por hora? ( ) Sim ( ) Não
- x. administra medicamentos, quando necessário; bem como, realizar curativo grau II c/ ou s/ debridamento? ( ) Sim ( ) Não

**c.2 Classificação e equipe mínima**

- i. Possui enfermeiro coordenador geral e enfermeiro coordenador assistencial com carga horária mínima de 40 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- ii. Possui enfermeiro assistencial com carga horária mínima de 178 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- iii. Possui enfermeiro assistencial (para cuidados do pé diabético) com carga horária mínima de 27 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- iv. Possui enfermeiro ponto de apoio com carga horária mínima de 60 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- v. Possui nutricionista e psicólogo com carga horária mínima de 178 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- vi. Possui farmacêutico clínico com carga horária mínima de 148 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- vii. Possui assistente social com carga horária mínima de 120 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- viii. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 115 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- ix. Possui profissional de educação física com carga horária mínima de 74 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- x. Possui técnico de enfermagem com carga horária mínima de 174 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- xi. Possui terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, médico angiologista e médico oftalmologista com carga horária mínima de 51 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- xii. Possui médico psiquiatra com carga horária mínima de 28 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- xiii. Possui médico cardiologista com carga horária mínima de 124 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- xiv. Possui médico endocrinologista com carga horária mínima de 84 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- xv. Possui médico nefrologista com carga horária mínima de 27 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- xvi. Possui médico de Família Comunidade (responsável pela conexão/matriciamento entre as equipes da AB dos territórios e a equipe especializada do ambulatório) com carga horária mínima de 40 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- xvii. Possui médico geriatra ou com especialização em idoso com carga horária mínima de 74 horas semanais? ( ) Sim ( ) Não
- xviii. Possui os exames e procedimentos de:
- 02.02 - Ultrassonografia Doppler colorido de vasos ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.02.006-0 - Teste Ergométrico ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05.01.002-4 - Ecocardiografia Transesofágica ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia Transtorácica ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia de Abdômen Total ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.02.004-4 - Holter ( ) Sim ( ) Não
  - 02.05.01-001-6 - Ecocardiografia de estresse ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.010-0 - Fundoscopia ( ) Sim ( ) Não
  - 04.05.03.004-5 - Fotocoagulação a laser ( ) Sim ( ) Não
  - 02.11.06.017-8 - Retinografia Colorida Binocular ( ) Sim ( ) Não
  - MAPA ( ) Sim ( ) Não
  - Avaliação de função e mecânica respiratória ( ) Sim ( ) Não
  - Avaliação de movimento (por imagem) ( ) Sim ( ) Não
  - Avaliação funcional muscular ( ) Sim ( ) Não

- d. Possui AMBULATÓRIO DE EGRESSO DE UTI NEONATAL? ( ) Sim ( ) Não

**d.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- i. 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
- ii. mantém a ficha de Acompanhamento Individual, devidamente preenchida conforme modelo constante na Portaria SES nº 537/2021? ( ) Sim ( ) Não
- iii. 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

iv. realiza a aplicação de imunizantes além dos indicados pelo calendário vacinal? ( ) Sim ( ) Não

v. mantém atualizado o relatório mensal de atividades conforme modelo constante na Portaria SES nº 537/2021? ( ) Sim ( ) Não

**d.2 Classificação e equipe mínima**

i. 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

ii. 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

iii. Nutrição com condutas a serem adotadas para reactivação e complementação com leites especiais, se necessário ( ) Sim ( ) Não

iv. Apoio psicossocial com acompanhamento familiar para detecção de situações de risco ( ) Sim ( ) Não

v. Reabilitação em estimulação precoce ( ) Sim ( ) Não

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

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

i. realiza internação de pacientes clínicos e/ou cirúrgicos? ( ) Sim ( ) Não

ii. realizar atendimentos ambulatoriais? ( ) Sim ( ) Não

iii. está habilitado pelo Ministério da Saúde como hospital de pequeno porte ou possui até 30 leitos no CNES? ( ) Sim ( ) Não

iv. não estar habilitado no ASSISTIR para outro tipo de serviço? ( ) Sim ( ) Não

v. 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

f. Possui LEITOS DE SAÚDE MENTAL? ( ) Sim ( ) Não

**f.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

i. 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: \_\_\_\_\_

ii. trabalha para a melhoria constante da qualificação assistencial? ( ) Sim ( ) Não

iii. disponibiliza, através dos sistemas oficiais do Estado, os leitos à regulação estadual? ( ) Sim ( ) Não

iv. 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

v. elabora Plano Terapêutico Singular (PTS) através da equipe multidisciplinar, com a participação do usuário? ( ) Sim ( ) Não

vi. utiliza as guias de referência e contrarreferência para toda a rede de saúde conforme modelo constante na Portaria SES nº 537/2021? ( ) Sim ( ) Não

vii. 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

viii. atende às urgências e emergências em saúde mental referenciadas pela RAPS local e/ou regional? ( ) Sim ( ) Não

ix. 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

x. 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

xi. 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

xii. articula com os demais serviços da RAPS desde o momento do início da internação, garantindo o

<p>acesso e acolhimento do usuário na rede após a alta hospitalar e a corresponsabilização do cuidado?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>xiii. promove atividades de educação permanente para os profissionais do hospital em conjunto com os demais serviços da RAPS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>xiv. proporciona aos usuários a participação em espaços terapêuticos em conjunto com a rede extra-hospitalar durante a internação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>xv. considera a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) para prescrição dos psicofármacos disponíveis na Rede no momento da alta do paciente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>xvi. 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?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>xvii. 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>f.2 Classificação e equipe mínima</b></p> <p><b>De 08 a 10 leitos</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>i. Possui 02 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ii. Possui 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 40 horas semanais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>iii. Possui 01 médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 10 horas por semana?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>De 11 a 20 leitos</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>i. Possui 04 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno e 03 por turno noturno?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ii. Possui 01 enfermeiro por turno? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>iii. Possui 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 60 horas semanais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>iv. Possui 01 médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 20 horas por semana?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>De 21 a 30 leitos</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>i. Possui 05 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno e 04 por turno noturno?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ii. Possui 01 enfermeiro por turno? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>iii. Possui 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 90 horas semanais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>iv. Possui 01 médico clínico responsável pelas interconsultas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>v. Possui 01 ou 02 médicos psiquiatras responsáveis pelos leitos, contabilizando carga horária total de 30 horas por semana? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>g. Possui LEITOS DE SAÚDE PRISIONAL? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>g.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos</b></p> <p>i. interna população privada de liberdade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ii. possui estrutura física capaz de garantir a segurança do paciente internado nestes leitos quanto dos demais pacientes internados?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>h. Possui LEITOS DE UTI/UCI? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
--

**h.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- i. 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
- ii. 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
- iii. publica, mensalmente, a taxa de mortalidade padronizada (quociente entre a mortalidade verificada sobre a mortalidade esperada), assinada pelo Responsável Técnico? ( ) Sim ( ) Não
- iv. 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
- v. 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

**h.2 Classificação e equipe mínima**

- i. 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

- i. Possui MATERNIDADE DE ALTO RISCO? ( ) Sim ( ) Não

**i.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

- i. apresenta todos os critérios técnicos requisitados na Maternidade de Risco Habitual?  
( ) Sim ( ) Não
- ii. realiza atendimento de urgência/ emergência obstétrica, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana? ( ) Sim ( ) Não
- iii. 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
- iv. recebe todas as gestantes de alto risco previamente vinculadas pela atenção básica e/ou ambulatório de gestante de alto risco (AGAR)? ( ) Sim ( ) Não
- v. 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
- vi. mantém todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para centrais de regulação municipais ou estadual? ( ) Sim ( ) Não
- vii. implanta o acolhimento com classificação de risco em urgências obstétricas, ginecológicas e neonatais?  
( ) Sim ( ) Não
- viii. mantém a unidade de avaliação da vitalidade fetal pré-natal de alto risco da sua área de referência?  
( ) Sim ( ) Não
- ix. 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
- x. 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
- xi. 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
- xii. 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
- xiii. comunica situações que possam interferir nos atendimentos contratualizados e no fluxo da rede?  
( ) Sim ( ) Não

**i.2 Classificação e equipe mínima**

- i. Possui Enfermeiro e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? ( ) Sim ( ) Não
- ii. Possui Enfermeiro Obstetra, Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Neonatologista ou Intensivista Pediatra, Médico Pediatra, Nutricionista, Farmacêutico e Psicólogo disponíveis sempre que necessário? ( ) Sim ( ) Não
- iii. Possui Médico Obstetra disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana?

( ) Sim ( ) Não

iv. Possui Médico Pediatra disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana?  
( ) Sim ( ) Não

v. Possui Médico Anestesiologista disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana?  
( ) Sim ( ) Não

vi. 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
- Cardiografia ( ) 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

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

ii. 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

iii. 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

iv. assume a corresponsabilidade na avaliação e classificação de risco da gestante e a encaminha ao serviço de maior complexidade sempre que necessário? ( ) Sim ( ) Não

v. dispõe de médico obstetra, médico pediatra, médico anestesiologista e enfermeiro nas 24 horas do dia, e assume o compromisso de inserção gradativa da enfermeira obstétrica no processo assistencial?  
( ) Sim ( ) Não

vi. 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

vii. 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

viii. assegura o respeito à diversidade cultural, étnica, racial e sexual das gestantes e seus familiares?  
( ) Sim ( ) Não

ix. 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

x. realiza ações de planejamento reprodutivo pós-parto ou abortamento? ( ) Sim ( ) Não

xi. 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

xii. assume o compromisso de inserção gradativa da oferta de DIU pós-parto e abortamento?  
( ) Sim ( ) Não

xiii. realiza a contrarreferência da mulher para o serviço de atenção primária do seu território, garantindo a continuidade do cuidado? ( ) Sim ( ) Não

xiv. 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

xv. 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

xvi. encaminha a gestante para os serviços de referência nos casos de aborto previsto em lei ou interrupção legal da gestação? ( ) Sim ( ) Não

xvii. 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

xviii. 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

xix. 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

xx. 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

xxi. 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

xxii. 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

xxiii. assegura o respeito, a proteção e a garantia dos direitos humanos e dos direitos sociais? ( ) Sim ( ) Não

xxiv. comunicar situações que possam interferir nos atendimentos contratualizados e no fluxo da rede? ( ) Sim ( ) Não

**j.2 Classificação e equipe mínima**

i. Possui Enfermeiro e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? ( ) Sim ( ) Não

ii. Possui Médico Obstetra e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? ( ) Sim ( ) Não

iii. Possui Médico Pediatra e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? ( ) Sim ( ) Não

iv. Possui Médico Anestesiologista e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? ( ) Sim ( ) Não

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

**k.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

i. 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

ii. ampliou a produção de exames e procedimentos diagnósticos em, no mínimo, 5% (cinco por cento) ao ano? ( ) Sim ( ) Não

**k.2 Classificação e equipe mínima**

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

l. Possui PORTA DE ENTRADA? ( ) Sim ( ) Não

**l.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

i. possui estrutura e equipe capacitada para atendimento e estabilização de paciente crítico? ( ) Sim ( ) Não

ii. dispõe de serviços de apoio diagnóstico, com laboratório clínico e de imagem em tempo integral? ( ) Sim ( ) Não

iii. submete-se à regulação estadual, sem negativa de acesso, conforme as referências pactuadas? ( ) Sim ( ) Não

iv. acolhe, sem negativa de acesso, pacientes de fora das referências pactuadas quando encaminhados pela regulação estadual? ( ) Sim ( ) Não

v. possui sistema informatizado do SAMU na porta de entrada para receber pacientes e registrar atendimentos? ( ) Sim ( ) Não

vi. estabelece e adota protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e procedimentos administrativos no hospital? ( ) Sim ( ) Não

vii. 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

viii. 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

ix. submete-se à regulação estadual? ( ) Sim ( ) Não

x. possui equipe multiprofissional compatível com o porte da porta de entrada hospitalar de urgência? ( ) Sim ( ) Não

xi. 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

xii. 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

<p>xiii. 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</p> <p>xiv. garante o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>xv. 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</p> <p><b>I.2 Classificação e equipe mínima</b></p> <p><b>Porte Geral I</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p>i. Possui até 50 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>ii. Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>iii. Realiza atendimentos clínicos de média complexidade? ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>Porte Geral II</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p>i. Possui de 51 a 99 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>ii. Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>iii. Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade? ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>Porte Geral III</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p>i. Possui mais de 100 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>ii. 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</p> <p>iii. Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade? ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>Porte Especializado I</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p>i. Possui mais de 100 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>ii. Possui ao menos uma habilitação federal, em alta complexidade, nas especialidades de Traumatologia e/ou Neurologia/Neurocirurgia e/ou Cardiologia? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>iii. 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</p> <p>iv. Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média e alta complexidade? ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>Porte Especializado II</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p>i. Possui mais de 100 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>ii. Possui ao menos duas habilitações federais, em alta complexidade, nas especialidades de Traumatologia e/ou Neurologia/Neurocirurgia e/ou Cardiologia? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>iii. 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</p> <p>iv. Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média e alta complexidade? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>*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.</p> <p>O tipo de serviço porta de entrada poderá contar ainda com o plantão presencial na porta, serviço médico, operando 24 horas por dia, sete dias por semana, nas especialidades de Oftalmologia, Cirurgia Vascular, Neurologia Clínica e Cirúrgica, Traumatologia-Ortopedia, Buco-Maxilo-Facial, desde que a instituição não seja habilitada em Alta Complexidade para a referida especialidade.</p> <p>Avaliação no item Ambulatório de Especialidades.</p>
<b>SUPLEMENTAR DIFERENCIAL</b>
a. Possui AMBULATÓRIO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA? ( ) Sim ( ) Não
<b>a.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos</b>
i. 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>b.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos</b>
i. 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
ii. 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

<p><b>c.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos</b></p> <p>i. possui implantada e implementadas estratégias de Educação Permanente e de educação continuada em saúde mental coletiva e em psiquiatria? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>ii. 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</p> <p>iii. possui Programa de Residência Médica em Psiquiatria e/ou de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva? ( ) Sim ( ) Não</p>
<p>d. É HOSPITAL PÚBLICO ( ) Sim ( ) Não</p>
<p><b>d.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos</b></p> <p>i. com até 99 leitos? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>ii. com mais de 100 leitos? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>iii. possui algum outro Tipo de Serviço incentivado? ( ) Sim ( ) Não</p>
<p>e. Possui INTERNAÇÃO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SAÚDE MENTAL ( ) Sim ( ) Não</p>
<p><b>e.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos</b></p> <p>i. possui Unidades de Referência Macrorregionais para Atenção Integral em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes nos Hospitais Gerais? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>ii. 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</p>
<p>f. Possui de LEITOS DE SAÚDE MENTAL ( ) Sim ( ) Não</p>
<p><b>f.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos</b></p> <p>i. é hospital geral com leitos de saúde mental? ( ) Sim ( ) Não</p>
<p>g. PRONTO SOCORRO ( ) Sim ( ) Não</p>
<p><b>g.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos</b></p> <p>i. é hospital de pronto socorro? ( ) Sim ( ) Não</p>
<p>h. TRANSPLANTES ( ) Sim ( ) Não</p>
<p><b>h.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais</b></p> <p>i. apresenta organização de acordo com as normas gerais de funcionamento previstas na Resolução nº 083/2010 – CIB/RS ( ) Sim ( ) Não</p>
<p><b>h.2) REQUISITOS GERAIS DAS OPO'S:</b></p> <p>i. Mantém a equipe da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOOT e contratar profissionais para a OPO – Organização de Procura de Órgãos ( ) Sim ( ) Não</p> <p>ii. Mantém infra-estrutura adequada ao funcionamento da OPO, em relação à área física, equipamentos e transporte da equipe. ( ) Sim ( ) Não</p> <p>iii. Envia os relatórios de atividades da OPO (Anexo I da alínea H do capítulo III do Anexo I da presente Portaria). ( ) Sim ( ) Não</p> <p>iv. Envia os relatórios previstos para as CIHDOOTs na Portaria GM/MS nº 2600, de 21/10/2009. ( ) Sim ( ) Não</p>
<p><b>Atribuições Relacionadas aos Hospitais sob Monitoramento Diário:</b></p> <p>i. 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</p> <p>ii. Acompanhar o processo de definição da morte encefálica e auxiliar no fluxo técnico da UTI para manutenção da viabilidade do doador. ( ) Sim ( ) Não</p> <p>iii. Integrar equipes de retiradas de órgãos do estado, sendo demandadas, quando necessário, pela CNCDO/RS. ( ) Sim ( ) Não</p> <p>iv. Assessoramento e acompanhamento técnico para as demais UTIs da macro-região de abrangência, sob solicitação da Central de Transplantes. ( ) Sim ( ) Não</p>
<p><b>h.3 REQUISITOS ESPECÍFICOS DAS OPO'S – CAPTADORAS DE ÓRGÃOS E CIRÚRGICAS (SD N°s 10 E 11 DA TABELA DO CAPÍTULO II DO ANEXO I):</b></p> <p>i. 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</p> <p>ii. Realiza coletas de materiais para biópsias; ( ) Sim ( ) Não</p> <p>iii. Realiza procedimentos de canulação, automação e supervisão da perfusão ex-vivo de órgãos abdominais; ( ) Sim ( ) Não</p> <p>iv. 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</p>

território do Rio Grande do Sul, além de Santa Catarina e Paraná, nos casos em que se aplique. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Conclusão por Tipo de Serviço:</b> _____ (informar TS) <input type="checkbox"/> Atende a todos os requisitos <input type="checkbox"/> Atende Parcialmente <input type="checkbox"/> Não Atende
<b>Justificativa e observações:</b>   
<b>Nome e assinatura dos membros da CAC:</b>