

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB**Resolução nº 043/2017 – CIB****Goiânia, 18 de maio de 2017.**

Aprova o prazo de 90 (noventa) dias como período de transição para discussões, esclarecimentos, propostas e novas decisões quanto a implantação de critérios e parâmetros assistenciais de planejamento de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde em Goiás.

A Coordenação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás, usando das atribuições regimentais que lhe foi conferida e considerando:

- 1 – A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1.990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;**
- 2 – A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;**
- 3 – A Portaria nº 2.203/GM/MS, de 03 de novembro de 1996, que aprova a Norma Operacional Básica – NOB 01/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema;**
- 4 – A Portaria nº 95/GM/MS, de 26 de janeiro 2001 - Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios;**
- 5 – A Portaria nº 373/GM/MS, de 27 de fevereiro de 2002 - Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios;**
- 6 – A Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006 – Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto;**
- 7 – A Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006 – Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão;**
- 8 – A Portaria nº 1097/GM/MS, de 22 de maio de 2006 - Define que o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do SUS;**
- 9 – A Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007 - Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;**
- 10 – A Portaria nº 1.559/GM/MS, de 01 de agosto de 2008 - Institui a Política Nacional de Regulação do SUS;**
- 11 – A Portaria nº 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009 - Altera a Portaria n. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamentos relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do SUS;**
- 12 – A Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010 – Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);**

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

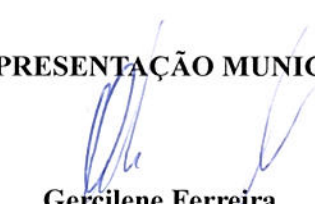
- 13 – O Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 – Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- 14 – A Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- 15 – A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 – Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;
- 16 – A Portaria nº 2.135/GM/MS, de 25 de setembro de 2013 - Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 17 – A Portaria nº 1.631/GM/MS, de 01 de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;
- 18 – A discussão na reunião do Grupo Técnico de Média e Alta Complexidade e Programação Pactuada e Integrada – PPI da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, realizada no dia 11 de maio de 2017, que considerou a complexidade dos parâmetros da nova Portaria e suas implicações (impacto) negativo sobre a gestão estadual e municipal;
- 19 – As discussões na reunião da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, do dia 18 de maio de 2017, que achou necessário um estudo mais aprofundado a respeito dos parâmetros estabelecidos.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar em Reunião Ordinária, do dia 18 de maio de 2017, o prazo de 90 (noventa) dias como período de transição para discussões, esclarecimentos, propostas e novas decisões quanto aos critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde em Goiás.

Art. 2º Definir que nos próximos 90 (noventa) dias contados a partir da publicação dessa Resolução, o Estado de Goiás utilizará os parâmetros constantes do anexo 1 desta Portaria para fins de planejamento, monitoramento, avaliação e auditoria, retroagindo os efeitos a partir de 03/10/2015.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua assinatura, revogando-se as disposições em contrário.

REPRESENTAÇÃO ESTADUAL
Leonardo Moura Vilela
Secretário de Estado da Saúde**REPRESENTAÇÃO MUNICIPAL**
Gercilene Ferreira
Presidente do COSEMS

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB**ANEXO****PARÂMETROS ASSISTENCIAIS DO SUS****01. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES:**

Os parâmetros de cobertura assistencial do SUS, destinam-se a orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão do SUS, oferecendo subsídios para:

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

Para elaboração destes parâmetros, foram considerados, entre outros:

- a) Os parâmetros assistenciais, internacionalmente reconhecidos, inclusive os baseados em dados da OMS e da OPAS, para cobertura e produtividade assistencial nos países em desenvolvimento.
- b) As estatísticas de atendimento prestado aos usuários do SUS, e as incidências nacionais, por especialidade, dos últimos 3 anos.
- c) O número de internações hospitalares, de consultas médicas, odontológicas, de enfermagem e outras, de serviços complementares, inclusive de diagnóstico e terapia, com base em estudos e pareceres de especialistas, parâmetros assistenciais desenvolvidos e praticados em vários Estados da Federação, estudos do Ministério da Saúde, realizados com a participação de técnicos dos demais níveis de gestão do SUS e de várias instituições de saúde do país.
- d) A Portaria MPAS nº 3.046, de 20 de julho de 1982.

Os parâmetros assistenciais, objeto deste estudo, se dividem em:

- a) Parâmetros de Cobertura – são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido.
- b) Parâmetros de Produtividade – são aqueles destinados a estimar a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços de assistência à saúde, sejam eles, humanos, materiais ou físicos.

Para a definição dos parâmetros de cobertura assistencial ambulatorial, tomou-se como base, a composição da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS (Grupos de Procedimentos).

Os Grupos de 01 a 05 que referem-se a Atenção Básica, devem seguir as orientações já definidas no Manual da Atenção Básica, editadas pelas Portarias GM nº 3.295 de 13 de novembro 1998; GM nº 832 de 28 julho 1999 e GM nº 12 de 07 de janeiro de 2000; GM nº 1158 de 08 de Agosto de 2001 e suas atualizações.

Os demais procedimentos, contemplados na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA-SUS, foram, em linhas gerais formatados, seguindo a mesma lógica de agrupamentos da tabela SIA. Alguns destes Grupos foram subdivididos para melhor explicitar o comportamento esperado dos procedimentos específicos em relação ao total do grupo. Estas subdivisões foram processadas em cálculos percentuais.

No processo de construção dos parâmetros de cobertura assistencial, alguns procedimentos foram calculados com base na população, enquanto outros se derivaram de um procedimento ou atos profissionais. Assim, os procedimentos relativos aos exames, diagnoses e terapias, por serem decorrentes de uma consulta médica, foram calculados com base na estimativa do total de consultas.

Os procedimentos de anestesia foram calculados sobre o somatório dos grupos especiais, onde há indicação dos mesmos; quais sejam: (crianças, idosos e deficientes).

Os parâmetros de cobertura para assistência hospitalar, no geral, foram calculados com base na expectativa esperada de internações por habitante/ano, nas quatro clínicas básicas, quais sejam: Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia contemplando, ainda, as internações decorrentes de Cuidados

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Prolongados, Psiquiatria, Tisiologia, Reabilitação.

2. PARÂMETROS DE COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL

2.1. PARÂMETROS PARA O CÁLCULO DAS CONSULTAS MÉDICAS E ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS SOBRE A POPULAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA AÇÕES	PARÂMETROS	GRUPOS/TAB/SIA/SUS
Consultas Médicas (Total)	2 a 3 por hab./ano	Parte dos Grupos - 2 e 7
Atendimentos Odontológicos	0,5 a 2 por hab./ano	Grupos - 3 e 10

FÓRMULA PARA O CÁLCULO:

T. A = População x Parâmetro de Atendimento

Legenda:

T.A: Total da Ação (pode ser consulta médica e/ou atendimento Odontológico)

Nota 1 :O total de consultas médicas, divide-se em:

Consultas Básicas de Urgência □ 12% do total de consultas programadas

Consultas de Urgência Pré Hospitalar e Trauma □ 3% do total de consultas programadas

Consultas Médica Básicas □ 63% do total de consultas programadas (arredondado).

Consultas Médicas Especializadas □ 22% do total de consultas programadas (arredondado).

Exemplo para cálculo:

População Total x 2 consultas/hab./ano = X (X é, portanto, o total de consultas médicas previstas), sendo:

12% de X = consultas básicas de urgência;

3% de X = consultas pré hospitalar e trauma;

63% de X = consultas básicas (Clínica Médica + Ginecologia + Obstetrícias + Pediatria);

22% de X = consultas especializadas.

2.2. PARÂMETROS DE COBERTURA ASSISTENCIAL RECOMENDADOS, CONFORME UNIDADE DE MEDIDA E POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS DA TABELA SIA-SUS.

GRUPO DE PROCEDIMENTOS, POR ORDEM DE APRESENTAÇÃO NA TABELA SIA-SUS	Variação de Cobertura entre Regiões do país (projeção 2000)	Parâmetros Recomendados	Unidade de medida
a) Procedimentos de Atenção Básica			
01 – Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível médio	2,28 a 6,43	De acordo com Pacto da Atenção Básica	Proced./Hab/ano
02 – Ações Médicas Básicas	1,06 a 1,67	De acordo com Pacto da Atenção Básica	Proced./Hab/ano
03 – Ações Básicas Em Odontologia	0,4 a 1,6	De acordo com Pacto da Atenção	Proced./Hab/ano



SUS
Sistema Único de Saúde



ESTADO DE GOIÁS

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



Comissão Intergestores Bipartite

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

		Básica	
04 – Ações Executadas por outros Profissionais de Nível Superior	0,11 a 0,45	De acordo com Pacto da Atenção Básica	Proced./Hab/ano
05 – Procedimentos Básicos Em Vigilância Sanitária	Conforme pactuação entre Gestores.		
b) Procedimentos Especializados			
07 – Procedimentos Especializados Profissionais Médicos, Outros Nível. Superior e médio	0,54 a 0,84	0,6 a 1,0	Proced./Hab/ano
07.1. Consulta Médica de Urgência (pré hospitalar e trauma)		0,06 a 0,09	% total do grupo 7
07.2. Consultas Médicas Especializadas		0,44 a 0,66	% total do grupo 7
07.3 Demais procedimentos desse grupo		0,10 a 0,25	% total do grupo 7
08 – Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	0,03 a 0,06	0,05	Proced./Hab/ano
09 – Procedimentos Traumatismo Ortopédicos	0,03 a 0,07	0,1	Proced./Hab/ano
09.1.Consulta Ortopédica c/ Procedimento provisório.		0,07	% total do grupo 9
09.2.Tratamento e/ou troca gesso		0,03	% total do grupo 9
10 – Ações Especializadas Em Odontologia	0,01 a 0,04	0,04 a 0,06	Proced./Hab/ano
11 – Patologia Clínica	51,68 a 75,99	30 a 50	% total de Consultas
11.1. Exames Básicos: Bioquímica.Hemato. I a VI , microbiologia.		80,26	% total do grupo 11
11.2. Exames Diferenciados: Hormônios I a VIII, Imunologia I,II,III		10,53	%total do grupo 11
11.3. Exames Especiais de Imuno. IV a XII, diagnóstico em Genética, Patologia Clínica Ocupacional I, II, III, IV, líquido Amniótico, sinovial / derrame, líquido I e II, suco gástrico, urina I,II,III		7,12	% total do grupo 11
11.4. Medicina nuclear in vitro I, II, III		2,09	% total do grupo 11
12 – Anatomopatologia e Citopatologia	1,38 as 2,52	2,36	% total de consultas
13 – Radiodiagnóstico	5,49 a 8,91	5 a 8	% total de consultas
13.1. RX simples e Contrastado		94,75	% total do grupo 13
13.2. Outros exames de radiodiagnóstico I e II		4,63	% total do grupo 13
13.3. Proc. Esp. Radiol. I, II, III, IV, V		0,32	% total do grupo 13
13.4. Angiografias		0,24	% total do grupo 13
13.5. Neuroradiologia		0,06	% total do grupo 13

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

14 – Exames Ultra Sonográficos	0,80 a 2,47	1,0 a 1,50	% total de Consultas
14.1. Ecografia I, II, III, IV, VII, VIII e IX		76,71	% total do grupo 14
14.2. Ecocardiografia V e VI		23,29	% total do grupo 14
17 – Diagnose	1,61 a 4,69	5 a 6	% total de Consultas
17.1. Alergologia		0,67	% total do grupo 17
17.2. Angiologia		0,35	% total do grupo 17
17.3. Cardiologia		37,97	% total do grupo 17
17.4. Ginecologia/obstetrícia		18,75	% total do grupo 17
17.5. Neurologia		5,36	% total do grupo 17
17.6. Oftalmologia		24,83	% total do grupo 17
17.7 Otorrinolaringologia		4,08	% total do grupo 17
17.8 Pneumologia		1,84	% total do grupo 17
17.9 Urologia		0,87	% total do grupo 17
17.10. Gastroenterologia		4,27	% total do grupo 17
17.11. Fisiatria		1,01	% total do grupo 17
18 – Fisioterapia (por sessão)	4,52 a 10,94	8 a 9	% total de Consultas
19 – Terapias Especializadas (por terapia)	0,53 a 1,21	2 a 3	% total de Consultas
19.1. Alergologia		2,16	% total do grupo 19
19.2. Angiologia		2,69	% total do grupo 19
19.3. Cardiologia		0,32	% total do grupo 19
19.4. Dermatologia		4,08	% total do grupo 19
19.5. Ginecologia / Obstetrícia		5,76	% total do grupo 19
19.6. Oftalmologia		4,48	% total do grupo 19
19.7. Otorrinolaringologia		2,18	% total do grupo 19
19.8. Pneumologia		29,00	% total do grupo 19
19.9. Urologia		8,28	% total do grupo 19
19.10. Endoscopia		2,64	% total do grupo 19
Atendimento Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial		36% (no total) distribuído de acordo com modelo assistencial implantado	% total do grupo 19
Atendimento Oficina Terapêutica			
Atendimento Núcleo / Centro Reabilitação			
Demais Procedimentos desse grupo		2,41	% total do grupo 19
21 - Próteses e Órteses	0,20 a 0,74	0,5	% total de Consultas
22 – Anestesia	0,0003 a 1,16	1,0	% dos grupos 3+8+10
c) Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade			
26 – Hemodinâmica	0,01 a 0,03	0,03	% total de Consultas

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

27 – Terapia Renal Substitutiva (diálise)	0,65 a 2,09	Ver item 2.7.3 e informações complementares (item F).	% total de Consultas
28 – Radioterapia (por Especificação)	1,07 a 1,37	Ver item 2.7.1 e informações complementares (item D)	% total de Consultas
29 – Quimioterapia	0,07 a 0,27	Ver informações complementares (item D)	% total de Consultas
30 – Busca de Órgãos para transplante		Conforme programa específico de Transplantes	% total de Consultas
31 – Ressonância Magnética	0,01 a 0,02	0,04	% total de Consultas
32 – Medicina Nuclear-In Vivo	0,03 a 0,12	0,14	% total de Consultas
33 – Radiologia Intervencionista	0,0003 a 0,01	0,01	% total de Consultas
35 – Tomografia Computadorizada	0,16 a 0,25	0,20	% total de Consultas
36 – Medicamentos Excepcionais	2,63 a 9,73	Ainda não apurado	% total de Consultas
37 – Hemoterapia	3,63 a 7,58	4,0	% total de Consultas
38 – Acompanhamento de pacientes		Ainda não apurado	

2.3. DETALHAMENTO DA COBERTURA DAS CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS, CONTIDAS NO GRUPO 2 E 7 DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SIA/SUS.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	15,0% do total de consultas médicas programadas: Média Brasil-26,88%
CLÍNICAS BÁSICAS	62,7% do total de consultas médicas programadas: Média Brasil-53,07%
Clínica Médica (inclui PSF)	Distribuição do percentual por especialidade, de acordo com o Pacto da Atenção Básica
Ginecologia (inclui Mastologia)	
Obstetrícia	
Pediatria	
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	22,3% do total de consultas médicas programadas: Média Brasil-20,05%
Alergologia	0,2% (inclui Imunologia) do total de consultas
Cardiologia	2,0% do total de consultas
Cirurgia Geral	2,3% do total de consultas
Dermatologia	1,1% (inclui hansenologia) do total de consultas
Doenças Vasculares Periféricas (Angiologia)	0,2% do total de consultas
Endocrinologia	0,4% (inclui Metabologia) do total de consultas
Gastroenterologia	0,7% do total de consultas
Hematologia	0,1% do total de consultas
Medicina Física*	1,2% do total de consultas
Nefrologia	0,1% do total de consultas

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Neurocirurgia	0,1% do total de consultas
Neurologia	1,2% do total de consultas
Oftalmologia	2,8% do total de consultas
Oncologia	0,3% do total de consultas
Otorrinolaringologia	1,5% do total de consultas
Proctologia	0,2% do total de consultas
Psiquiatria	2,2% do total de consultas
Reumatologia	0,4% do total de consultas
Tisiopneumologia	1,0% (inclui Broncoesofagologia) do total de consultas
Traumatologia – ortopedia	2,9% (não inclui consulta de urgência), do total de consultas
Urologia	0,9% do total de consultas
*Outros	0,5% do total de consultas

Observações:

* Estão incluídos neste item as consultas de Fisiatria, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

**Estão incluídas neste item as consultas de: medicina nuclear, homeopatia, geriatria, acupuntura, infectologia, e genética clínica.

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DA NECESSIDADE DE CONSULTAS NO ANO.

Fórmula Geral :

$$\text{Consultas por tipo} = \frac{\text{NTC} \times \text{Parâmetro Recomendado}}{100}$$

Legenda: NTC = Número Total de Consultas

Exemplos:

1. N° Total de Consultas de Urgência/Emergência - NTCUE = $\frac{\text{NTC} \times 15}{100}$
2. N° Total de Consultas Básicas - NTCB = $\frac{\text{NTC} \times 62,7}{100}$
3. N° Total de Consultas Especializadas (NTCE) : NTCE = $\frac{\text{NTC} \times 22,3}{100}$
- 3.1. N° Total de Consultas Psiquiátricas (NTCP): NTCP = $\frac{\text{NTCE} \times 2,2}{100}$

2.4. OUTROS PROCEDIMENTOS PARA DIAGNOSE E TERAPIA SOBRE CONSULTAS ESPECIALIZADAS:

1.CARDIOLOGIA (consultas)	2,1% do total de consultas
1.1.Ergometria	19% do total de consultas cardiológicas (já incluídas as necessidades de Pneumologia).
1.2. Holter	0,5% do total de consultas cardiológicas
1.3.ECG	60% do total de consultas cardiológicas

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

1.4. Ecocardiograma	13% do total de consultas cardiológicas
2. NEUROLOGIA (consultas)	1,2% do total de consultas
2.1. EEG	33% do total de consultas neurológicas
2.2.ELETROMIOGRAFIA	1,08% do total de consultas neurológicas (já incluídas as necessidades de outras especialidades).

2.5. NÚMERO DE EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA E RADIODIAGNÓSTICO, POR ESPECIALIDADE MÉDICA, PARA CADA 100 CONSULTAS.

Especialidade	Patologia Clínica	Radiodiagnóstico
Urgência/ Emergência (Geral)	25	5
Clínicas Básicas		
Clínica Médica	65	15
Ginecologia	25	5
Obstetrícia	200	2
Pediatria	30	2
Clínicas Especializadas		
Alergologia	2	1
Cardiologia	60	15
Clínica Cirúrgica	35	8
Dermatologia	20	1
Doenças Vasculares Periféricas	30	5
Endocrinologia	50	2
Gastroenterologia	30	12
Hematologia	150	4
Medicina Física *	10	20
Nefrologia	50	9
Neurocirurgia	25	10
Neurologia	15	8
Oftalmologia	15	1
Oncologia	70	15
Otorrinolaringologia	20	3
Proctologia	35	8
Psiquiatria	5	1
Reumatologia	40	15
Tisiopneumologia	25	20
Traumato – Ortopedia	12	30
Urologia	50	15
Outras	20	5

Observação: * Nas especialidades de Medicina Física, incluindo Fisiatria, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, as solicitações de exames, geralmente são feitas por outros especialistas.

Nota 1: O quantitativo de exames registrados nesta tabela, é orientador, podendo variar, de acordo com peculiaridades locais.

Nota 2: A Patologia Clínica refere-se somente ao Grupo 11 da Tabela de Procedimentos do SIA-SUS e o Radiodiagnóstico, ao Grupo 12 da mesma Tabela.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB**2.6. FÓRMULAS BÁSICAS PARA AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL:**

a) Para o cálculo do % de execução da Meta Programada:

$$E = \frac{\text{Total de Procedimentos Realizados} \times 100}{\text{Total de Procedimentos Programados}}$$

Onde: E = % de Execução

b) Para o cálculo do % de participação, Por Prestador, no total de atendimentos ambulatoriais do município, região, estado, etc.

$$PP = \frac{\text{Total de Procedimentos Realizados por Prestador} \times 100}{\text{Total de Procedimentos Realizados no Município}}$$

Onde: PP = % de Participação por Prestador

Nota 1: No denominador, o município é a variável; portanto pode ser substituído por Região, Estado etc.

c) Para cálculo da Taxa de Cobertura Ambulatorial – (TxCA):

Onde: TxCA=Taxa de Cobertura Ambulatorial

$$TCA = \frac{\text{Total da População Atendida, em determinada atividade, período e área} \times 100}{\text{Total da População Alvo no mesmo período e área}}$$

d) Para Cálculo da Taxa de Exames por Consultas Médicas: (TxECM):

Onde:TxECM= Taxa de Exames por Consulta Médica

$$TECM = \frac{\text{Total de Exames realizados, em determinada atividade, período e área} \times 100}{\text{Total de Consultas no mesmo período e área}}$$

e) Para Cálculo da Taxa Específica de Utilização da Capacidade Operacional (TeUCO):

Onde:TxUCO=Taxa Específica de Utilização da Capacidade Operacional

$$TeUCO = \frac{\text{Total de Procedimentos Realizados, em determinada atividade, período e área} \times 100}{\text{Total da Procedimentos passíveis de serem realizados em determinada atividade, período e área}}$$

f) Para Cálculo da Taxa de Exames Específicos por tipo de Consulta Médica (TxEECM):

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Onde: TxEeCM = Taxa de Exames Específicos por tipo de Consulta

$$\text{TeeCM} = \frac{\text{Total de Exames Realizados, por tipo de Exame} \times 100}{\text{Total de Consultas Médicas Realizadas, por tipo}}$$

2.7. PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA NECESSIDADE, DA PRODUTIVIDADE OU DA COBERTURA DE ALGUNS EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSE E TERAPIA.

Para conhecer a capacidade física instalada dos equipamentos utilizados para exames e terapias, é importante estimar a capacidade dos equipamentos, considerando seu horário de funcionamento diário e nº de dias /mês disponíveis para uso.

Esta informação deverá ser buscada também nos Manuais Específicos dos mesmos.

Esleu-se aqui, alguns equipamentos de uso no Sistema de Saúde, cujos procedimentos são cobertos pelo SUS.

São eles:

2.7.1. ACELERADOR LINEAR OU UNIDADE DE COBALTO (Radioterapia):

☐ São equipamentos de megavoltagem, (mais de um milhão de eletrovolts), utilizados para tratamento de pacientes oncológicos, normalmente, com capacidade para atendimento de 6 pacientes/hora (10 minutos por paciente).

☐ Os serviços de radioterapia se subdividem em:

☐ pequeno porte: aqueles capazes de absorver de 300 a 500 novos pacientes ano.

☐ médio porte: aqueles capazes de absorver de 501 a 1000 novos pacientes ano.

☐ grande porte: aqueles capazes de absorver 1001 ou mais novos pacientes ano.

☐ Para a instalação de um serviço de pequeno porte, prevê-se a abrangência de uma população de 500 mil a 715 mil habitantes.

Nota 1: Ver Portaria GM/MS nº 3.535, de 02/09/98.

2.7.2. MAMÓGRAFO:

☐ 1/240 mil habitantes.

2.7.3. MÁQUINA PARA DIÁLISE:

☐ 1/15.000 habitantes (máquina de proporção, em três turnos).

☐ 1/30.000 habitantes (outras máquinas, até dois pontos, em três turnos).

☐ 1/1 paciente (cicladoras / uso domiciliar).

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

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Fonte: MS/SAS/DECAS/CGSIAH/2000.

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

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

Nota 3: As máquinas recomendadas para TRS devem ser as de proporção e que possuem somente um "ponto";

2.7.4. ÓSTEO-DENSÍMETRO:

- ☐ 1/140 mil habitantes.

Nota 1. Ver Portaria GM/MS 1.327, de 11/11/99.

2.7.5. TOMÓGRAFO POR RAIOS X COMPUTADORIZADO:

- ☐ 1/100 mil habitantes.
☐ 1/1.500 leitos de internação em hospital de atenção terciária

2.7.6. TOMÓGRAFO POR RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA:

- ☐ 1/500 mil habitantes.
☐ 1/1.500 leitos de internação em hospital de atenção terciária.

2.7.7. APARELHO DE ULTRASSONOGRAFIA, RADIOLOGIA SIMPLES (sem contraste) E RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA:

- ☐ 1/25.000 habitantes

3. PARÂMETROS DE COBERTURA HOSPITALAR**3.1. PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

No geral, estima-se que de 7 a 9% da população terá necessidade de internações hospitalares durante o ano, em determinada região. Sendo assim, a fórmula para cálculo das internações hospitalares esperadas numa determinada região e ano, é a seguinte:

$$\text{NIHE} = \frac{\text{Total da População} \times \text{Parâmetro Recomendado de Internações/ano}}{100}$$

Legenda:

NIHE = Número de Internações Hospitalares Esperadas.

3.2. FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES, POR ESPECIALIDADE, PARA DETERMINADA POPULAÇÃO NO ANO.

INTERNAÇÕES POR ESPECIALIDADE	FÓRMULA
Cirúrgica	$(\text{Pop.} \times 0,08) \times 20\%$
Clínica Médica	$(\text{Pop.} \times 0,08) \times 33\%$
Cuidados Prolongados (crônicos)	$(\text{Pop.} \times 0,08) \times 0,80\%$

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Obstétrica	(Pop.x 0,08) x 20,25%
Pediátrica	(Pop.x 0,08) x 15%
Psiquiátrica	(Pop.x 0,08) x 3,50%
Reabilitação	(Pop.x 0,08) x 1,08%
Tisiologia	(Pop.x 0,08) x 0,13%
Fator de Ajuste *	(pop.x 0,08) x 6,24%
TOTAL	100%
Psiquiatria Hospital Dia	(Pop.x 0,08) x 0,50%

FONTE: MS/SAS/DECAS/CGCA/2000

Observação: * Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada, em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais.

Nota 1. Para municípios, regiões e estados que, em decorrência da influência de fatores estruturais e/ou epidemiológicos, apresentam percentuais de cobertura hospitalar diferente do utilizado na fórmula acima (8%), deve-se substituir, na fórmula, o coeficiente ali escolhido pelo real apurado (0,08 por 0,07 ou 0,09 etc).

Nota 3: A média/Brasil, em 1999, de AIH pagas sobre a população, foi de 7,58%.

COMPARAÇÃO DO PARÂMETRO EXEMPLIFICADO COM A VARIAÇÃO ENTRE AS REGIÕES

INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE	Variação entre as Regiões	Parâmetro Exemplificado	Unidade de Medida
Cirúrgica	1,39 a 3,4	1,60	% int/pop./ano
Clínica Médica	1,73 a 3,59	2,64	% int/pop./ano
Cuidados Prolongados (Crônico)	0 a 0,06	0,06	% int/pop./ano
Obstétrica	1,18 a 2,01	1,62	% int /pop./ano
Pediátrica	0,7 a 1,53	1,20	% int/pop./ano
Psiquiátrica	0,17 a 0,29	0,28	% int/pop./ano
Reabilitação	0 a 0,02	0,09	% int/pop./ano
Tisiologia	0,003 a 0,03	0,01	% int/pop./ano
Fator de Ajuste*	-----	0,50	% int/pop./ano
TOTAL	5,1 a 10,93	8,00	% int/pop./ano
Psiquiatria Hospital Dia	0,005 a 0,07	0,04	% int/pop./ano

Observação: * Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais.

Nota 1: O parâmetro do quadro acima mudará conforme o coeficiente de internações determinado pelo gestor na fórmula explicitada no item 3.2.

3.3. PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA TAXA DE TEMPO DA MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR.

O tempo de média de permanência (TMP), é um dos indicadores, usado para definir o rendimento/produtividade/de leitos em cada especialidade.

PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA TAXA DE TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

ESPECIALIDADES	VARIAÇÃO ENTRE REGIÕES/1999/AIH's PAGAS	PARÂMETRO	UNIDADE DE MEDIDA
Cirúrgica	3,9 a 5,6	4,8	Dias/ano por internação
Clínica Médica	4,8 a 6,1	5,2	Dias/ano por internação
Cuidados prolongados (Crônicos)	12,4 a 76,8	45,0	Dias/ano por internação
Obstétrica	2,0 a 3,5	Média 3,0	Dias/ano por internação
Parto normal e Cirúrgico			Dias/ano por internação
Pediátrica	4,6 a 6,0	6,0	Dias/ano por internação
Psiquiátrica	31,6 a 52,7	Média 28,0	Dias/ano por internação
Hospital Geral		5,5	Dias/ano por internação
Hospital Psiquiátrico		40,0	
Reabilitação	24,6 a 31,7	28,0	Dias/ano por internação
Tisiologia	16,1 a 30,6	Média 21,40	Dias/ano por internação
TBC		7,0	Dias/ano por internação
TBC C/ Lesões extensas		25,0	
Psiquiatria Hospital Dia	29,5 a 38,9	35,0	Dias/ano por internação

Fonte: MS/SAS/DECAS/CGSIAH/2000.

Nota 1. A média de permanência hospitalar/Brasil/SUS/99 é de 5,98 dias, sendo a maior média registrada a do Rio de Janeiro com 8,92 dias e a menor a do Estado de Rondônia com 3,64 dias.

Nota 2: A TMP, em algumas especialidades, no quadro acima, foi calculada por média ponderada.

3.4 - NÚMERO DE INTERNAÇÕES/LEITO/ANO, POR ESPECIALIDADE VARIANDO POR TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR.

O Brasil apresentou, em 1999, uma média de 48% de ocupação/leito/ano para o SUS, contra 80 a 85% que seria a média desejável.

Todavia, os percentuais de produtividade hospitalar variam por Hospital, Município, Região e/ou Estado, influenciando, diretamente, na média de ocupação/leito/ano.

ESPECIALIDADES	Número de Internações/Leitos/Ano/ taxa ocupação Hospitalar(TOH)	
	TOH = 48%	TOH = 80%
Cirúrgica	36,5	60,8
Clínica Médica	33,69	56,15
Cuidados Prolongados (Crônico)	3,89	6,48
Obstétrica	58,4	97,33
Pediátrica	29,20	48,66
Psiquiátrica	6,26	10,42
Reabilitação	6,26	10,42
Tisiologia	8,19	13,64
Psiquiatria Hospital Dia	5,01	8,34
Fator de Ajuste *	29,30	48,82

Observação: * Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais. No exemplo acima, foi usado 5,98 como Tempo de Média de Permanência (TMP) (Média Brasil/ 1999). Quando este coeficiente for

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

aplicado em alguma especialidade deverá ser usada a TMP da respectiva especialidade.

Nota 1. Estes cálculos determinam quantas internações, em média, cada especialidade pode gerar por leito, estabelecida uma relação direta com a média de permanência e taxa de ocupação hospitalar.

3.5. NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES

Em linhas gerais, estima-se a necessidade de leitos hospitalares da seguinte forma :

- a) Leitos Hospitalares Totais = 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes;
- b) Leitos de UTI: calcula-se, em média, a necessidade de 4% a 10% do total de Leitos Hospitalares; (média para municípios grandes, regiões, etc.).
- c) Leitos em Unidades de Recuperação (pós-cirúrgico): calcula-se, em média de 2 a 3 leitos por Sala Cirúrgica;
- d) Leitos para Pré Parto: calcula-se, no mínimo, 2 leitos por sala de Parto.

FÓRMULAS PARA CÁLCULO DA NECESSIDADE DE LEITOS EM DETERMINADA REGIÃO, PARA DETERMINADA POPULAÇÃO.

Para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares, deve-se levar em consideração o percentual de internações programadas pelo gestor sobre a população, a taxa de ocupação hospitalar e o tempo da média de permanência de cada especialidade.

$$CIL = \frac{365}{TMP} \times TOH$$

Legenda:

CIL = Capacidade de Internações por leito/ano

TMP = Tempo de Média de Permanência

TOH = Taxa de Ocupação Hospitalar (vide item 3.7.2.)

$$LN = \frac{NIP}{CIL}$$

Legenda:

LN = Leitos Necessários

NIP = Nº De Internações Programadas

CIL = Capacidade De Internações Por Leito

3.6. PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES, POR CLÍNICA, PARA CADA 1.000 HABITANTES.

LEITOS POR ESPECIALIDADE	Variação entre as Regiões	PARÂMETROS RECOMENDADOS		Unidade de Medida
		% sobre Necessidade total de leitos	Número absoluto de leitos sobre total da população	
Cirúrgica	0,44 a 0,70	14,99	0,44	Leitos/1.000hab.
Clínica Médica	0,67 a 1,13	26,82	0,78	Leitos/1.000hab.
Cuidados	0,02 a 0,18			Leitos/1.000hab.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Prolongados (Crônico)		5,62	0,16	
Obstétrica	0,43 a 0,63	9,49	0,28	Leitos/1.000hab.
Pediátrica	0,45 a 0,62	14,06	0,41	Leitos/1.000hab.
Psiquiátrica	0,05 a 0,61	15,31	0,45	Leitos/1.000hab.
Reabilitação	0 a 0,01	4,72	0,14	Leitos/1.000hab.
Tisiologia	0,01 a 0,02	0,43	0,01	Leitos/1.000hab.
Psiquiatria Hospital Dia	0,01 a 0,02	2,73	0,08	Leitos /1.000hab.
Fator de Ajuste*	----- ----	5,83	0,17	Leitos /1.000hab.
TOTAL	2,07 a 3,38	100	2,92	Leitos/1.000hab.

Observação: * Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais.

Nota 1: Não é aconselhável contratar mais leitos psiquiátricos onde já exista capacidade de 0,45 ou mais leitos/1000 habitantes, para internação em psiquiatria.

Nota 2: Multiplicando-se o percentual de necessidade de leitos pelo número de leitos/1000 habitantes escolhido, tem-se o número real de leitos/1000 habitantes em cada especialidade (mantendo TOH = 48% e TMP do quadro 3.3).

3.7. ALGUMAS FÓRMULAS BÁSICAS PARA AVALIAÇÃO HOSPITALAR

3.7.1. TAXA DE PRODUTIVIDADE HOSPITALAR (TxPH):

$$TxPH = \frac{\text{Número de Internações/ano} \times \text{Média de Permanência} \times \text{Número de Leitos existentes/ano}}{365 \text{ dias ao ano}} \times 100$$

Legenda:

TPH corresponde à Taxa de Produtividade Hospitalar

3.7.2. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR (TxOH) :

$$TxOH = \frac{NPD}{NLD} \times 100$$

Legenda:

NPD = N° de Pacientes Dia (num período)

NLD = N° de Leitos Dia (mesmo período)

Nota 1. A Taxa de ocupação média Brasil, em 1999, foi de 48%, sendo 74% no Distrito Federal e 24% no Maranhão.

3.7.3. TAXA DE MÉDIA DE PERMANÊNCIA (TxMP)

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

$$TMP = \frac{TPD}{TPA}$$

Legenda:

TPD = Total de Pacientes Dia (em um Período)

TPA = Total de Pacientes com Alta (mesmo período)

Nota 1. O total de pacientes saídos corresponde ao somatório de altas + óbitos + transferências

Nota 2. A média de permanência hospitalar no Brasil /SUS, em 1999 foi de 5,98 dias, sendo 8,92 no Rio de Janeiro e 3,64 em Rondônia (1999).

3.7.4. TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR (TxMH)

$$TMH = \frac{NOP}{NAP} \times 100$$

Legenda:

NOP = Número de óbitos no período

NAP = Número de altas no período

Nota 1. A mortalidade hospitalar no Brasil, apresenta uma média de 2,63% sendo 4,05% RJ e 0,88% no MA (1999)

3.7.4.1- TAXA MORTALIDADE OPERATÓRIA (TxMO) (até 2%)

$$TxMO = \frac{NOAC}{TAC} \times 100$$

Legenda:

NOAC = Número de Óbitos ocorridos durante o Ato cirúrgico no período

TAC = Total de Atos Cirúrgicos no mesmo período

3.7.4.2 - TAXA DE MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA (TxMPO) (até 1%)

$$TxMPO = \frac{NOPO}{NAC} \times 100$$

Legenda:

NOPO = Número de Óbitos ocorridos no Pós Operatório no período

NAC = Número de Atos Cirúrgicos no mesmo período

3.7.4.3 - TAXA DE MORTALIDADE MATERNA HOSPITALAR (TxMMH):

$$TxMMH = \frac{NOO}{NPO} \times 100$$

Sistema
Único
de Saúde

ESTADO DE GOIÁS

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB**

Legenda:

NOO = Número de Óbitos em Obstetrícia no período

NPO = Número de Pacientes Obstétricos com alta no mesmo período

3.7.4.4 - TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL HOSPITALAR (TxMNeH)

$$TMNeH = \frac{NORN}{NNV} \times 100$$

Legenda:

NORN = Número de Óbitos de Recém Nato com até 28 dias no período.

NNV = Número de Nascidos Vivos no mesmo período

3.7.5. TAXA DE PACIENTES COM INFECÇÃO HOSPITALAR- TxPIH (% depende do tipo e complexidade hospitalar)

$$TxPIH = \frac{NIO}{NAP} \times 100$$

Legenda:

NIO = Número de Infecções Ocorridas no período

NAP = Número de Altas¹ no mesmo Período¹ : Alta = Σ de cura ou melhorado + transferidos + óbito**3.7.6. TAXA DE COMPLICAÇÃO HOSPITALAR: (TxCo) (até 3% a 4%)**

$$TxCH = \frac{NPC}{NAP} \times 100$$

Legenda:

NPC = Número de Pacientes com Complicações no Período

NAP = Número de Altas¹ no mesmo Período¹ : Alta = Σ de cura ou melhorado + transferidos + óbito**3.7.7. TAXA DE INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS (TxIO) (até 7%)**

$$TxIO = \frac{NIO}{NTP} \times 100$$

Legenda:

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

NIO = Número de Intercorrências Obstétricas no Período

NTP = Número Total de Partos no mesmo Período

3.7.8 - TAXA DE CESARIANAS (TxCe) (até 15% por Estado)

$$\text{TxCe} = \frac{\text{NPC} \times 100}{\text{NTP}}$$

Legenda:

NPC = Número de Partos Cirúrgicos do período

NTP = Número Total de Partos no mesmo Período

Nota 1. A média no Brasil de cesáreas, em 1999, foi de 24,9%, sendo de 30,1% no Mato Grosso do Sul e de 11,3% no Amapá.

Nota 2. Ver Portaria MS/466 de 14 de junho/2000

4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES E ESPECÍFICAS SOBRE ALGUMAS ESPECIALIDADES:****A) HEMATOLOGIA (Hemoterapia + Terapia em Hematologia), considerar:**

☐ A OMS – (Organização Mundial da Saúde) recomenda que se substitua o doador de reposição (parente ou conhecido de quem está em cirurgia), por doador voluntário e habitual; e que se tenha, como meta, o alcance de 3 a 5% da população, como perspectiva para diminuir alguns índices abaixo:

☐ Na triagem clínica, tem-se como média Brasil que 20% dos doadores são excluídos;

A quantidade de bolsas de sangue coletadas, deve ser igual ao número que vai para sorologia;

☐ Após a triagem de sorologia, são rejeitados de 9,24% a 16,10% do sangue dos doadores (média Brasil, em 1999 = 11,08%);

☐ Após cumpridas todas as etapas de coleta e preparo, quando o sangue já está armazenado e pronto para ser usado, os serviços, em média, descartam de 20 a 40% (sangue vencido, lipemia, hemólise, icterícia do plasma, etc) do material coletado.

A expectativa é de total aproveitamento dos concentrados de hemácias (CH) e que o descarte não ultrapasse 5% das bolsas coletadas.

☐ O uso terapêutico do plasma, normalmente, não excede a 20% do produzido.

Recomenda-se que o plasma excedente; ou seja os 80%, em média, sejam encaminhados à produção de hemoderivados em laboratórios especializados.

Para o cálculo de quantidades específicas, de acordo com o tipo de unidade, sugere-se seguir as orientações abaixo:

NÚMERO DE BOLSAS DE SANGUE NECESSÁRIAS PARA TERAPIA TRANSFUSIONAL EM UNIDADES HOSPITALARES, POR TIPO DE UNIDADE, NO ANO.

TIPO DE UNIDADE HOSPITALAR	TOTAL DE BOLSAS/LEITO/ANO
Hospital sem UTI e sem Pronto Socorro	3 a 5
Hospital com UTI ou Pronto Socorro	6 a 9
Hospital com UTI e com Pronto Socorro	10 a 15
Hospital com UTI/ Pronto Socorro e Alta	16 a 20

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Complexidade	
Hospital de Referência estadual com Urgência e Emergência/Cirurgia cardíaca	21 a 50
Hospital com leitos de hematologia (hemofilia/hemoglobinopatias/oncologia hematológica)	100

Fonte: MS/PPI estaduais –GGCA - ANVISA

Nota 1 Os hospitais que ultrapassarem os limites estabelecidos na tabela, deverão ser avaliados.

B) ODONTOLOGIA:

As metas da OMS para 2000, em países em desenvolvimento, foram:

- ☐ No máximo 3 dentes cariados, perdidos ou obturados, por criança de até 12 anos de idade;
- ☐ 50% das crianças entre 5 e 6 anos, devem estar livres de cáries;
- ☐ 85% dos indivíduos com 18 anos devem apresentar todos os dentes;
- ☐ 50% de redução do edentulismo (ausência de dentes), na população entre 35 e 44 anos;
- ☐ Redução de 25% no nível de edentulismo na população com 65 anos ou mais.

C) OFTALMOLOGIA:

☐ Para cirurgias oftalmológicas, calcular 0,57% do total de consultas (não só as oftalmológicas), e deste total, espera-se:

- a) Cirurgias de Catarata: 65%;
- b) Outras cirurgias oftalmológicas: 35%

Para cada cirurgia deve-se calcular, em média, 4 consultas (pré e pós-operatório).

Quando instituída a avaliação oftalmológica em escolares, deve-se considerar que, aproximadamente 8% dos consultados, necessitarão de óculos e 5% apresentarão outros problemas oftalmológicos. Estes percentuais podem variar de acordo com as regiões do país.

D) ONCOLOGIA:

De acordo com o INCA – Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde, estima-se que o câncer acomete de 0,13% a 0,24% da população, anualmente.

Deste total, estima-se que 18% dos casos de Câncer no Brasil, são de pele, não melanótico, de fácil diagnóstico e de baixo custo de tratamento.

☐ Quimioterapia (QT) e Hormônioterapia (HT):

A estimativa é de que 70% dos doentes de Câncer serão tratados com quimioterapia, em algum momento da evolução da sua doença.

A média/Brasil é de 6 meses de tratamento/paciente; sendo no mínimo 03 e no máximo 30 meses para QT.

Exemplo:

Na prevalência de 0,24% para uma população de 100.000 habitantes:

- ☐ Incidência de 240 casos por ano;
- ☐ Equivalência de 20 casos (pacientes)/mês;
- ☐ 14 casos de quimioterapia/mês (70%)

Para avaliar a relação de procedimentos de QT entre criança e adolescente/adulto, considerando-se 100% dos casos de Câncer totalmente atendidos, utiliza-se como parâmetro a proporção 1/16; ou seja, uma criança ou adolescente para 16 adultos (terminologia utilizada na Tabela de Procedimentos

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Quimioterápicos do SUS).

As finalidades nos tratamentos oncológicos podem ser: curativa, paliativa, adjuvante ou prévia (neoadjuvante).

Hormonioterapia (exemplos de tratamento):

☐ Adjuvantes - (Carcinoma de mama) tratamento de 03 a 60 meses (a maioria dos pacientes com tratamento de 2 anos);

☐ Paliativa – (Carcinoma de mama, endométrio e próstata) de 03 a 120 meses.(a maioria dos pacientes com tratamento de 4 anos).

No carcinoma de mama podem ser usadas até duas finalidades (adjuvante e paliativa), não concomitantes.

No carcinoma de próstata e endométrio com somente a finalidade paliativa.

Nas quimioterapia e hormônioterapia adjuvantes há somente uma linha (tipo de esquema terapêutico) de tratamento, enquanto nas paliativas podem ocorrer até 3 linhas terapêuticas.

☐ Radioterapia:

Estima-se que 60% dos doentes de Câncer serão tratados com Radioterapia em algum momento da evolução da sua doença.

No tratamento com irradiação, o quantitativo mais comum é 54 campos/paciente em 23 dias, o que corresponde à média de 2,3 campos/paciente/dia.

Um paciente pode ser irradiado em até 3 áreas concomitantes.

☐ Consultas oncológicas:

Referem-se ao número de consultas que qualificam o atendimento, após instituído o tratamento oncológico.

Paciente em tratamento:

☐ 1 consulta ao mês/quimioterapia

☐ 1 consulta semana/radioterapia

Paciente pós-tratamento:

☐ até 6 meses - 1 consulta mensal

☐ do 7º ao 18º mês -1 consulta trimestral

☐ do 19º ao 36º mês -1 consulta semestral

☐ Após o 36º mês -1 consulta anual.

Nota1: Ver Portaria GM/MS nº 3535 de 02/09/98 e DATASUS, www.datasus.gov.br Bases Técnicas para autorização de procedimentos em alta complexidade/APAC Oncologia e SAS w3.saude.gov.br/mweb/homesas.htm -SUS Onco (informe mensal)

E) PATOLOGIA E RADIODIAGNÓSTICO:

Os municípios que não estão desenvolvendo, rotineiramente, ações de controle dos Diabetes, Hipertensão, Pré-natal, etc, deverão programar percentuais de exames inferiores ao mínimo recomendado.

Os percentuais recomendados em Patologia Clínicos de 30% a 50% devem ser empregados pelos gestores que disponibilizam para a população, todos ou quase todos os tipos de exames laboratoriais (grupo 11) e de 5% a 8% para radiodiagnóstico (grupo 13) da tabela do SIA-SUS.

Para o cálculo do número de exames de Densitometria óssea necessário, considerar que no acompanhamento dos casos de osteoporose, recomenda-se um exame anual por paciente.

F) TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (Diálise):

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

De acordo com estudos sobre os dados da OMS e especialistas da área, estima-se que 40 pacientes/100.000 habitantes/ano, necessitarão desta terapia. Este parâmetro aplica-se a países em desenvolvimento e relaciona-se diretamente com a expectativa de vida ao nascer de países ou regiões. Após atendida toda a demanda, estima-se o acréscimo anual, em 10% sobre o número de pacientes dialisados (considerados óbitos e pacientes novos).

A PT GM/MS/Nº 82 de 03/01/2000, que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes, junto ao SUS, considera o ingresso do paciente no tratamento dialítico, por indicação médica, mediante avaliação clínica e quando o seu exame laboratorial detectar o valor igual ou inferior a 10ml/min para depuração do "clearance" da creatinina.

Os pacientes que apresentarem, no exame, valores maiores, poderão entrar em tratamento com justificativa médica especial, encaminhada ao Gestor do SUS.

O SUS, em 1999 pagou 96% das Diálises em pacientes/Brasil contra 4% financiados por outras fontes.

Dos pacientes em tratamento dialítico no Brasil, em 1999, a distribuição por procedimento, apresentou os seguintes percentuais: Hemodiálise: 90%; CAPD: 7%; DPA: 2% e DPI: 1%.

G) RAZÃO DE ALGUNS RECURSOS HUMANOS POR HABITANTE

- ☐ Médico por habitante. 1/1000 hab.
- Médico generalista por habitante - 0,8/1000 hab.
- Médico especialista por habitante - 0,2/1000 hab.

- ☐ Odontólogo por habitante - 1/1.500 a 5.000 hab.
- ☐ Enfermeiro - vide nota nº 2
- ☐ Equipe do Programa de Saúde da Família - 1/750 a 1000 famílias
- ☐ Equipe do Programa de Agentes Comunitários - 1/150 a 250 famílias

Nota 1: Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS) : Ver Portaria GM 1.886, de 18/12/97 e subseqüentes ou consultar site www.saude.gov.br/sps/.

Nota 2: Para dimensionamento da necessidade de profissionais da área de enfermagem, a Resolução COFEN nº 189/96, dispõe que deverá ser consideradas, entre outras, as características relativas à instituição/empresa; à missão; porte; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas.

G.1) CAPACIDADE DE PRODUÇÃO, EM CONSULTAS, DE ALGUNS RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DE SAÚDE:

Recursos Humanos	Carga Horária Semanal	Atendimentos
Assistente Social	30 horas	03 consultas/hora
Enfermeiro	30 horas	03 consultas/hora
Fisioterapeuta	30 horas	4,4 atendimentos/hora
Médico	20 horas	04 consultas/hora
Nutricionista	30 horas	03 consultas/hora
Odontólogo	20 horas	03 consultas/hora
Psicólogo	30 horas	03 consultas/hora
Psiquiatra	20 horas	03/consultas/hora

Nota 1.: Os dados acima, podem sofrer variações de acordo com convenções sindicais, dissídios coletivos das respectivas categorias profissionais e/ou adoção de políticas de saúde específicas, pelo gestor.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB**H) AGRUPAMENTOS DEMOGRÁFICOS PARA PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL:**

Para programação de ações e serviços de saúde sobre a população, sugere-se elaborar alguns agrupamentos demográficos, variáveis por faixas etárias específicas, raça, sexo, local de residência, etc.

Para programação de Consultas Médicas, por exemplo, poder-se-á utilizar o seguinte agrupamento:

- População Menor de 1 ano ☐ aproximadamente 3% da população geral;
- População de 1 a 4 anos ☐ aproximadamente 7% da população geral;
- População de 5 a 14 anos ☐ aproximadamente 20% da população geral;
- População de 15 a 44 anos ☐ aproximadamente 50% da população geral;
- População de 45 a 59 anos ☐ aproximadamente 12% da população geral;
- Maiores de 60 anos ☐ aproximadamente 8% da população geral;

Nota 1: Os percentuais acima podem sofrer variações decorrentes de fatores tais como: redução da taxa de natalidade; agravos específicos por grupos populacionais, fatores epidemiológicos, etc; portanto, sugere-se avaliar as especificidades locais.

I) SISTEMA DE ATENÇÃO MÉDICA SUPLETIVA:

Segundo Eugênio Vilaça Mendes¹, pode se considerar, que em média, 28% da população, principalmente urbana utiliza o Sistema de Atenção Médica Supletiva – SAMS¹ (Cooperativas, Planos ou Seguro de Saúde); destes, mais de 70% são patrocinados por empresas (total ou parcialmente) e menos de 30%, por opção.

Outro estudo mostra, que em média, os Planos de Saúde têm 1.4 dependentes por plano.

Considerando a abrangência dos contratos, outro estudo mostra que 91,7% dos SAMS¹ (exceto Planos Odontológicos) incluem: consulta, exames complementares e internações hospitalares.

Outro fator quase nunca considerado, é o Sistema de Desembolso Direto - SDD¹ (medicina liberal) que pelo IBGE/PNAD, em 1994 atingia 33,9% da população; em 1996 atingia 29,4% e em 1998, atingia 24,2%, com movimentação financeira semelhante ao SUS e ao Sistema de Atenção Médica Supletiva¹.

Sugere-se, portanto, que ao se definir o perfil assistencial de um determinado município, região, estado, etc. leve-se em consideração a importância de se pesquisar qual, realmente é a população local adstrita ao Sistema de Atenção Médica Supletiva.

J) ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

Segundo a PNAD/IBGE/1999, estimava-se em 112,6 milhões (71,2% da população brasileira), o número de pessoas que tinham um serviço de saúde de uso regular. Dentre os serviços de uso regular, em ordem de importância, apareceram:

- Posto ou Centro de Saúde: 41,8%
- Ambulatório de Hospitais: 21,5%
- Consultório Particular: 19,7%
- Ambulatório ou Consultório de Clínica: 8,4%
- Pronto Socorro: 4,8%
- Farmácia: 2,2%
- Ambulatório de Empresa ou Sindicato: 1,5%
- Agentes Comunitários: 0,1%

L) PERFIL DE SEGMENTO/ USUÁRIOS SUS POR REGIÃO:

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES
ESTRUTURA AGREGADA NA ORDEM DE 3 DÍGITOS

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

SUS	Total	Norte/Centro Oeste	Nordeste	Sul	Sudeste
Exclusivo	39%	39%	51%	32%	33%
Frequente	20%	20%	23%	17%	19%
Eventual	21%	16%	13%	31%	26%
Não Usuário	15%	16%	9%	15%	20%
Sem informação	5%	-	-	-	-

Fonte: IBOPE – Pesquisa Nacional com cotas proporcionais (sexo, idade, atividade e localização geográfica).1998.

¹ MENDES, Eugênio.V.. O Sistema de Saúde no Brasil: Situação Atual e Perspectiva. 1998.

M) NÚMEROS DE LEITOS/HABITANTE/ANO:

a) Os parâmetros de cobertura hospitalar (necessidade de leitos) referem-se aos leitos SUS + os leitos SAMS (Sistema de Atenção Médica Supletiva) + leitos SDD (Sistema de Desembolso Direto);

b) Hospitais locais ou Unidades Básicas de Internações (clínicas básicas: médica, ginecológica, obstétrica, pediátrica) atendido por médico generalista ou especialista nestas áreas, têm como parâmetro, 2 leitos/1000/hab. na área urbana da sede do Município, mais 1 leito/1000hab. na área rural;

c) Hospitais Regionais (Clínicas Básicas mais especialidades consideradas estratégicas e necessárias para a área programática (área geográfica da Programação). O parâmetro de 2 leitos/1000hab. na área urbana da sede, mais 1 leito por 1000hab. na área rural da sede, mais 1 leito/1000hab. nas outras áreas urbanas atingidas, e mais 0,5 leitos/1000hab. nas outras áreas rurais atingidas.

Em conceitos mais recentes, a classificação de hospitais, por porte, (acima de 20 leitos), deve levar em consideração o número de leitos, leitos de UTI, tipos de leitos de UTI, procedimentos de alta complexidade que realiza, se possui atendimento de urgência/emergência, atendimento a gestante de alto risco e quantidade de leitos cirúrgico como itens mínimos de avaliação.

A média Brasil de leitos cadastrados no SIH/SUS/99 / 1.000 habitantes é de 2,57, apresentando a variação de 4,35 no Maranhão e 1,64 no Pará.

Cerca de 86% do total dos leitos hospitalares dos prestadores do Sistema Único de Saúde estão cadastrados no SIH/SUS: (1999).

Quanto aos leitos de U T I, a média Brasil (SIH/SUS) está em torno de 2,64% dos leitos cadastrados, variando de 5,54% no Rio Grande do Sul e 0,22% em Rondônia.(1999), segundo a fonte MS/SAS/DECAS/CGCAH/2000-Assistência Hospitalar SUS.

Referências Bibliográficas:

1. BORGES, Delano & MOURA FILHO, José Francisco. Parâmetros para Recursos Humanos para Unidades Médico -Assistenciais. Rio de Janeiro, R.J.: 1980
2. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social.Portaria GM nº 3046. Brasília, DF:1982.
3. BRASIL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Manual de Definição dos Indicadores e Parâmetros Médicos Hospitalares. Brasília, D.F.: 1986.
4. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Enfermagem. Contribuição Para um Cálculo de Recursos Humanos. Rio de Janeiro, R.J : 1988.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1158. Brasília, DF:1997.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1230. Brasília, DF: 1998.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3295. Brasília, DF: 1998.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3408. Brasília, DF: 1998
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3535. Brasília, DF: 1998.
10. MENDES, Eugênio.V. O Sistema de Saúde no Brasil. OPAS. Brasil: 1998.