

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

**PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL DE MÉDIA E ALTA
COMPLEXIDADE**

METODOLOGIA

BRASÍLIA

1. Introdução	1
2. Fundamentos Metodológicos	4
2.1 – Etapa I: Registro das diretrizes, objetivos e metas dos planos de saúde, harmonizado no âmbito regional	6
2.2 – Etapa II – Modelagem da Rede de Atenção à Saúde	7
2.2.1 – Passo 1 – Eleição dos temas prioritários para a modelagem da Rede de Atenção à Saúde	8
2.2.2 – Passo 2– Identificação dos componentes da modelagem e da respectiva capacidade instalada	8
2.2.3 – Passo 3– Quantificação de serviços de saúde	8
2.2.4 – Passo 4 – Cronograma com projeção financeira de recursos de investimento e de custeio	9
2.3 – Etapa III - Programação Assistencial da Média e Alta Complexidade, com explicitação dos pactos de gestão e programação dos estabelecimentos de saúde	12
2.3.1 – Passo 1: Configuração de Itens de Programação e de Áreas Estratégicas por Abertura Programática	13
2.3.2 – Passo 2: Parametrização e quantificação das ações e serviços de saúde e definição de percentuais de alcance	26
2.3.3 – Passo 3: Pactuação dos fluxos assistenciais	29
2.3.4 – Passo 4: Alocação/ajuste dos recursos financeiros e programação preliminar dos estabelecimentos de saúde	31
2.3.5– Passo 5: Consolidação	42
3 – Programação por estabelecimento de saúde	43
4 – Monitoramento da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

1. Introdução

Composto por uma rede de atenção que assiste aos 27 Estados e aos 5.570 municípios brasileiros, e prestando serviços a uma população estimada em mais de duzentos milhões de pessoas, o Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado uma das mais amplas e importantes experiências de atenção à saúde no mundo.

Resultado direto do movimento pela Reforma Sanitária, o SUS promoveu grandes avanços e melhorias na saúde da população brasileira, mas ainda necessita superar vários problemas - inclusive estruturais - para atingir a plenitude de seus objetivos. As principais aspirações desse movimento foram expressas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. A Constituição de 1988, promulgada durante o processo político de redemocratização do País, incorporou essas reivindicações, definindo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, o Ministério da Saúde (MS) elaborou e definiu uma série de portarias e normativas cujos objetivos visavam à sedimentação do Sistema. Foi nesse contexto que a Norma Operacional Básica, publicada em 1996 (NOB 96) introduziu na gestão do SUS a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Adotando como pressupostos as diretrizes gerais da atenção, definidas a partir da identificação das necessidades e prioridades assistenciais da população, a PPI tornou-se um instrumento importante para a organização da assistência municipal e intermunicipal, para a alocação de recursos assistenciais e para a explicitação das competências assistenciais das três esferas de governo.

Ainda segundo a NOB 96, a PPI deveria envolver as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças o que, entretanto, não ocorreu, apesar de esforços realizados em alguns estados.

Em 2001, por meio da Portaria GM/MS nº 95, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/01), que definiu o processo de regionalização da assistência, orientando os Estados a elaborar os Planos Diretores de Regionalização (PDR) numa lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde. Em complementação à NOAS 01/01, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02) reafirmou a importância da PPI.

Posteriormente, em 2006, foi publicada a Portaria GM/MS nº 399, que aprovou as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, com seus três componentes, Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A PPI foi reafirmada como instrumento indutor

da qualificação da gestão dos Municípios e Estados, bem como, dos mecanismos de alocação e transferência de recursos, no âmbito do Pacto de Gestão.

Ainda em 2006, a Portaria GM/MS nº 1097 reforça a PPI da Assistência em Saúde com o objetivo de, em consonância com o processo de planejamento, organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

Em 2011 o Decreto 7.508, de 28 de junho e a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, determinaram mudanças no planejamento do Sistema Único de Saúde que implicaram na reformulação dos processos de programação das ações e serviços de saúde.

Nesse contexto, em agosto de 2012, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) definiu diretrizes e proposições metodológicas para uma proposta de Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), concebida com a mesma ambição de escopo da PPI, buscando a integração das áreas de promoção e da assistência à saúde, de epidemiologia e controle de doenças, de vigilância sanitária e de assistência farmacêutica, o que também não se concretizou, por dificuldades técnicas e de gestão, que ainda carecem de ser estudadas.

A necessidade de produzir orientações e ferramentas de apoio, em substituição à PPI, levou o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle - DRAC/SAS a definir uma metodologia de programação assistencial concentrada nas ações de média e alta complexidade, tendo como núcleo a região de saúde.

A Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade, elaborada sob a condução da Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde - CGPAS/DRAC/SAS, consiste no processo de definição, quantificação e orçamentação das ações e serviços, desenvolvido em conjunto entre estado e municípios, com foco na região de saúde, com base em necessidades de saúde da população e prioridades estabelecidas pelos gestores envolvidos.

Como principais diferenças em relação aos processos anteriores, a Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade busca correlacionar-se com os demais instrumentos do planejamento em saúde, enfatiza o papel organizativo da rede de atenção, o fortalecimento da governança regional, e a identificação de necessidades de investimentos antes de promover a alocação dos recursos de custeio, invertendo a lógica que privilegia meramente a distribuição dos recursos financeiros.

A Programação Assistencial da Média e Alta Complexidade consiste no processo de definição, quantificação e orçamentação das ações e serviços de saúde, desenvolvido em conjunto entre estado e municípios, com foco na região de saúde, para

fazer face às necessidades da população, particularmente no que se refere à atenção de média e alta complexidade. Partindo da explicitação de objetivos e metas comuns dos planos de saúde do estado e seus municípios e em consonância com as diretrizes nacionais, considerando parâmetros de necessidade e a oferta de serviços na região e no estado, a programação busca a otimização dos recursos físicos e financeiros, por meio da pactuação de fluxos assistenciais entre os gestores envolvidos. Tem por objetivo garantir à população o acesso aos serviços de que necessita, independentemente da disponibilidade desses no seu município de residência.

A introdução de novas formas de financiamento da rede de atenção à saúde reforça a necessidade de qualificação do processo de planejamento e de revisão dos métodos e instrumentos utilizados na programação das ações e serviços de saúde, com a implementação de estratégias mais adequadas à estruturação de um modelo de atenção regionalizado, sempre assegurando o comando único.

A metodologia proposta pauta-se na aplicação do conceito de modelagem da rede de atenção e dos fluxos assistenciais, culminando em um processo de atenção estabelecido no território, com base nas linhas de cuidado, resgatando o papel organizativo da programação das ações e serviços na conformação do sistema de saúde.

2. Fundamentos Metodológicos da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade

Este modelo parte da explicitação de objetivos e metas comuns dos planos de saúde do estado e seus municípios, em consonância com as diretrizes nacionais.

Considerando parâmetros de necessidade e a oferta de serviços na região e no estado, a programação busca a otimização dos recursos físicos e financeiros, das três esferas de governo, por meio da pactuação de fluxos assistenciais entre os gestores envolvidos, visando o acesso da população aos serviços de que necessita, independentemente da disponibilidade desses no seu município de residência.

A orientação para as necessidades de saúde da população, baseada em critérios e parâmetros, impõe considerar dois tipos de restrições para o alcance dos patamares de oferta de serviços: a capacidade de expansão e as limitações de financiamento dos serviços.

Os sistemas de saúde têm uma capacidade limitada de expansão, mesmo em contextos de disponibilidade de recursos financeiros. Assim, entre a intenção de se expandir a oferta de serviços e a efetiva realização desse propósito, reside um considerável intervalo temporal, em função da limitação de recursos humanos, das diferentes tecnologias, da infraestrutura local e da capacidade de implementação e execução de políticas, por parte dos gestores. Por esta razão, a expansão dos serviços para alcançar o patamar de oferta sugerido pelos parâmetros, deverá ser prevista de forma gradual, de acordo com a capacidade de mobilização dos recursos necessários. Nesse sentido, na Programação Assistencial, recomenda-se a adoção de percentuais de alcance dos parâmetros.

A aplicação de percentuais de alcance leva a uma projeção de ações programadas por região de saúde. Para o custeio das ações programadas devem ser contabilizados os recursos alocados pelas três esferas de governo, bem como consideradas as regras de financiamento vigentes, em especial, no caso de incentivos e de contratos com orçamentação global.

A Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade está subdividida em três etapas:

- **Etapa I** – Registro das diretrizes, objetivos e metas dos planos de saúde, harmonizado no âmbito regional;
- **Etapa II** – Modelagem da Rede de Atenção à Saúde;
- **Etapa III** - Programação Assistencial da Média e Alta Complexidade, com explicitação dos pactos de gestão e programação por estabelecimento de saúde.

O quadro 1 explicita a metodologia, unidade de medida/informações correlacionadas e produtos de cada etapa da Programação Assistencial da Média e Alta Complexidade.

Quadro 1: Etapas da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade

	Etapa I	Etapa II	Etapa III
Metodologia	Registro das diretrizes, objetivos e metas dos planos de saúde, harmonizado no âmbito regional (metas regionais)	Modelagem da rede de atenção à saúde apontando para os investimentos por região de saúde	Programação das ações e serviços de saúde com explicitação dos pactos de gestão e compatibilização do quantitativo programado de ações e serviços de saúde entre os estabelecimentos de saúde por gestão (estadual e municipal).
Unidades de medida/informações correlacionadas	Informações dos planos de saúde	Equipamentos, leitos, serviços, equipes/profissionais de saúde/infraestrutura.	Ações e serviços por região de saúde e por estabelecimento de saúde
Produtos	Relatório das diretrizes, objetivos e metas do planejamento regional.	Subsídios para o desenvolvimento de planos de investimentos nas regiões de saúde/estado	Quadro de referências regionais, inter-regionais e interestaduais; Limites financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (gestão estadual e municipal); Memória do déficit de custeio; Programação anual por estabelecimento de saúde; Subsídios para a formalização de contratos e Protocolos de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP); Subsídios para a operacionalização dos complexos reguladores do acesso e para processos de avaliação, controle e auditoria; Apoio na elaboração da Ficha de Programação Orçamentária dos Estabelecimentos de Saúde (FPO).

2.1 – Etapa I: Registro das diretrizes, objetivos e metas dos planos de saúde, harmonizado no âmbito regional

A Etapa I possui o objetivo de enfatizar a importância de que metas regionais observem coerência com as etapas seguintes da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade, a modelagem da rede atenção e a programação de ações e serviços de saúde.

Para atingir o objetivo proposto, esta etapa compreende:

- **Descrição da Região:** Descrição sucinta das regiões e das grades das referências entre os serviços, bem como a identificação da capacidade instalada e a oferta disponível na região.
- **Diagnóstico Regional de Saúde:** Caracterização epidemiológica, sócio demográfica e econômica, bem como outras informações que forem importantes no sentido de refletir a situação real da região.
- **Planejamento Regional:** Descrição das diretrizes e os objetivos plurianuais e as metas anuais para a Região de Saúde, que deverão manter consonância com as metas definidas para os indicadores do SISPACTO.

As diretrizes do Plano Nacional de Saúde serão as referências para a elaboração das diretrizes, objetivos e metas a serem definidas no âmbito estadual, expressando as prioridades do estado, e devidamente aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O gestor estadual de saúde seleciona e registra os objetivos e metas vinculados às diretrizes do plano estadual compatíveis com as diretrizes do Plano Nacional de Saúde. As diretrizes, objetivos e metas do Plano Estadual que não possuam correspondência com as diretrizes nacionais podem ser registradas na sequência.

As Comissões Intergestores Regionais (CIR), expressam suas prioridades em metas compatíveis com os objetivos registrados pelo gestor estadual, tendo como base os planos municipais de saúde. As diretrizes, objetivos e metas regionais, eventualmente formuladas pela CIR, que não possuam correspondência com as diretrizes nacionais e os objetivos estaduais também podem ser registradas na sequência.

2.2 – Etapa II – Modelagem da Rede de Atenção à Saúde

A rede de atenção à saúde, devido à sua complexidade, vem se apresentando desarticulada, onde a própria população se vê obrigada a buscar a solução de seus problemas de saúde deslocando-se entre os municípios, regiões e estados na busca da garantia do acesso. Os vazios assistenciais se constituem como um dos maiores problemas para a construção de uma rede de atenção resolutiva e equânime nos territórios.

Os municípios com mais recursos assistenciais recebem as demandas de forma desordenada, devido à falta de organização das referências que são construídas a partir dos serviços existentes nestes territórios, conseqüentemente dificultando o acolhimento, inclusive das situações de urgência/emergência. A superação deste quadro requer a redefinição de modelos de atenção à saúde, a partir de métodos e instrumentos de planejamento regional e regulação do sistema, bem como um amplo processo de desenvolvimento das capacidades de gestão, na busca da qualificação da atenção.

O modelo que se propõe é o da modelagem da rede de atenção que atenda as especificidades regionais, apoiada por linhas de cuidado, de forma a assegurar racionalidade no acesso da população a todas as ações e serviços segundo a sua necessidade. Esta modelagem deve considerar a abrangência dos serviços para a sua organização: regional, inter-regional, estadual ou interestadual.

A modelagem da rede de atenção tem o objetivo de possibilitar a pactuação entre os gestores da melhor alternativa para a sua conformação na região de saúde, identificando vazios assistenciais, deficiências e potencialidades, bem como apontando soluções para os pontos críticos. A modelagem compreende os seguintes passos:

- Passo 1 – Eleição dos temas prioritários para a modelagem da Rede de Atenção à Saúde e a abrangência dos serviços para a sua organização: regional, inter-regional, estadual ou interestadual;
- Passo 2– Identificação dos componentes da modelagem e da respectiva capacidade instalada para a organização da Rede de Atenção à Saúde;
- Passo 3 – Quantificação de serviços de saúde para a organização da Rede de Atenção à Saúde;
- Passo 4 – Cronograma com projeção financeira de recursos de investimento e custeio para a Rede de Atenção à Saúde.

2.2.1 – Passo 1 – Eleição dos temas prioritários para a modelagem da Rede de Atenção à Saúde

Considerando as necessidades identificadas de ações e serviços e o conteúdo dos planos dos três entes federados, bem como as metas da região da saúde, são estabelecidos os temas a serem elencados como prioritários na modelagem da Rede de Atenção à Saúde.

O Gestor Federal pode propor a modelagem de algum tema, mas esta será apenas sugestiva para a Comissão Intergestores Bipartite, que, se julgar necessário, poderá pactuar adequações nos temas modelados pelo gestor federal e inclusões de novos temas, considerando a relevância daqueles de abrangência inter-regional, estadual ou interestadual. Da mesma forma, as regiões de saúde também podem realizar adequações e inclusões à modelagem pactuada na CIB, priorizando os temas de abrangência regional.

Ao definir os temas que comporão a rede a ser modelada, cabe aos gestores, o levantamento de todo o arcabouço técnico e jurídico (leis, portarias, manuais técnicos, entre outros) que normatiza as políticas de saúde envolvidas, como forma de validação técnica e operacional.

2.2.2 – Passo 2 – Identificação dos componentes da modelagem e da respectiva capacidade instalada

Estados e Regiões de Saúde definem quais são os componentes estratégicos para a expansão da rede na modelagem de cada tema (leitos, estabelecimentos de saúde, equipes de saúde, equipamentos estratégicos, serviços e profissionais), bem como sua capacidade instalada e a oferta no território, a partir dos recursos físicos e financeiros existentes. As informações contidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) servirão de base para este processo, o que exige a sua permanente atualização.

2.2.3 – Passo 3 – Quantificação de serviços de saúde

Neste passo ocorre a quantificação dos leitos, dos estabelecimentos de saúde, das equipes de saúde, dos equipamentos estratégicos, dos serviços e dos profissionais, com base na estimativa de necessidades de ações e serviços de saúde no território, permitindo um recorte por tema, a partir do qual, será organizada a futura produção de serviços de saúde.

A quantificação é realizada por componente, com base nas orientações das normativas vigentes (portarias, consensos clínicos), informações dos sistemas de produção e das centrais de regulação, podendo ser flexibilizada conforme a realidade local.

A estimativa de necessidade é comparada com a capacidade instalada, a fim de dimensionar os investimentos no território.

2.2.4 – Passo 4 – Cronograma com projeção financeira de recursos de investimento e de custeio

Representa a projeção financeira de recursos de investimento e de custeio estimados para implantação das estruturas necessárias à organização das políticas prioritárias. Utiliza métodos de cálculos baseados nas normativas vigentes, ou regras estabelecidas pelos gestores.

Cada gestor deverá informar as contrapartidas do seu ente federado, bem como, o cronograma de implantação dos programas/projetos ao longo dos anos, inclusive parcelamento, consolidando o Mapa de Investimentos. Este cronograma de investimentos deve ser considerado na elaboração/revisão dos planos plurianuais. A figura 1 demonstra esquematicamente um exemplo de modelagem referente ao tema Atenção Materno Infantil.

Figura 1: Desenho esquemático da modelagem da rede materno-infantil.

Microsoft Word interface showing a document titled "PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE_texto metodologia I II e III_versao09012017 [Modo de Compatibilidade]".

The document content is divided into two main sections:

Left Section: TEMA: ATENÇÃO MATERNO INFANTIL

- PRÉ-NATAL** (Pre-natal):
 - Unidades básicas e equipes
 - Equipamento de ultrassonografia
- PARTO E NASCIMENTO**:
 - Leitos GAR
 - Leitos de UTI neonatal e adulto
- PUERPÉRIO**:
 - Unidades básicas e equipes

Below these items, a box states: **A MODELAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA DEVE SER TRANSVERSAL A TODOS OS TEMAS**

Right Section: NEONATAL

NEONATAL

- CAPACIDADE INSTALADA**:
 - Levantamento dos leitos existentes no CNES, análise da distribuição no território
- DIMENSIONAMENTO**:
 - Aplicação de parâmetro de necessidade e definição do quantitativo de leitos para investimento
- CRONOGRAMA DE INVESTIMENTO**:
 - Cronograma dos investimentos para o ano vigente e anos subsequentes e cálculo do impacto financeiro dos recursos de investimento e de custeio

3.3 - Etapa III - Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, com explicitação dos pactos de gestão e programação dos estabelecimentos de saúde

A terceira etapa da PIGASS corresponde ao dimensionamento e consolidação de todas as ações e serviços de saúde programados para serem ofertados à população, própria e referenciada, em cada território municipal, ordenado por região de saúde e a correspondente alocação dos recursos financeiros para sua viabilização. Para tal, contempla também a compatibilização das ações de saúde programadas por município executor, entre os estabelecimentos de saúde, localizados em seu espaço geográfico.

Page status: Página: 11 de 49 | Palavras: 11.747 | 76% zoom | 15:36 12/01/2017

PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE_texto metodologia_20160123 - Microsoft Word

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Referências Correspondências Revisão Exibição

Recortar Copiar Pincel de Formatação Área de Transferência

Fonte Calibri (Corpo) 10

Parágrafo

Estilo f Normal Sem Espaç... Título 1 Título 2 Título 3 Título 4

Localizar Substituir Selecionar Edição

ESTRUTURA: LEITOS DE UTI NEONATAL

↓

 CAPACIDADE INSTALADA

- Levantamento dos leitos existentes no CNES, análise da distribuição no território

 QUANTIFICAÇÃO

- Aplicação de parâmetro de necessidade e definição do quantitativo de leitos para investimento

 CRONOGRAMA DE INVESTIMENTO

- Cronograma dos investimentos para o ano vigente e anos subsequentes e cálculo do impacto financeiro dos recursos de investimento e de custeio

Página: 11 de 46 Palavras: 10.978

86%

21:13 28/01/2017

2.3 – Etapa III - Programação Assistencial da Média e Alta Complexidade, com explicitação dos pactos de gestão e programação dos estabelecimentos de saúde

A terceira etapa da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade possui o objetivo de quantificar as ações e serviços de saúde de média e alta complexidade, que conformam a rede de atenção, em cada território municipal, ordenado por região de saúde, pactuar os fluxos assistenciais e a correspondente alocação dos recursos financeiros para sua viabilização. Para tal, contempla também a compatibilização das ações de saúde programadas por município executor, entre os estabelecimentos de saúde, localizados em seu espaço geográfico.

A ordenação da rede de atenção à saúde pressupõe que as ações e serviços que a conformam sejam programados e organizados, a partir das necessidades de saúde da população.

Esta etapa está orientada pelos seguintes passos:

- Passo 1: Configuração de itens de programação e de áreas estratégicas por abertura programática;
- Passo 2: Parametrização e quantificação das ações e serviços de saúde e definição de percentuais de alcance;
- Passo 3: Pactuação dos fluxos assistenciais;
- Passo 4: Alocação/ajuste dos recursos financeiros e programação preliminar dos estabelecimentos de saúde;
- Passo 5: Consolidação.

2.3.1 – Passo 1: Configuração de Itens de Programação e de Áreas Estratégicas por Abertura Programática

Na configuração ocorre a compatibilização das diretrizes gerais da Programação Assistencial da Média e Alta Complexidade às especificidades de cada Unidade Federada. Este momento compreende a definição itens de programação e de áreas estratégicas, na atenção ambulatorial e hospitalar.

Configuração de itens de programação por abertura programática

A Abertura Programática é uma forma de organizar a programação. Na Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade corresponde às modalidades de atendimento ambulatorial e hospitalar.

Os Itens de programação são subdivisões da abertura programática, caracterizados por agregar procedimentos semelhantes em termos de tecnologia e dispersão no território, aos quais são atribuídos parâmetros de quantificação.

Configuração de itens de programação na atenção ambulatorial

Para a definição dos itens de programação das ações ambulatoriais toma-se como referência a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, partindo da sua estrutura, organizada em grupos, subgrupos e formas de organização. Recomenda-se que as unidades de análise sejam as formas de organização, considerando, dentre outros, os seguintes aspectos:

- A forma de organização contém procedimentos da mesma complexidade?
- A forma de organização contém procedimentos que dependem da mesma tecnologia?
- A forma de organização contém procedimentos cuja atividade profissional é comum a todos?
- A forma de organização contém procedimentos cuja técnica de execução é similar?
- A forma de organização contém procedimentos que possuem característica de dispersão no território similar?
- A forma de organização contém procedimentos que deveriam ser programados separadamente, em função do seu caráter estratégico ou por possuírem parâmetros específicos baseados em evidências ou consensos técnicos?

Em geral, procedimentos com maior similaridade nos aspectos acima, podem compor um item de programação. Na sequência observa-se uma simulação de análise

da forma de organização 02.04.03 (Procedimentos com finalidade diagnóstica/Diagnóstico por radiologia/Exames radiológicos de tórax e mediastino), para definição de itens de programação na atenção ambulatorial:

Ministério da Saúde - MS
Secretaria de Atenção à Saúde
Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

Procedimento (Simple) Competência: 08/2015

Filtros Utilizados
Competência: 08/2015
Situação do Procedimento: Publicado
Consultar: Todos
Grupo: 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica
Subgrupos: 04 - Diagnóstico por radiologia
Forma de Organização: 03 - Exames radiológicos do tórax e mediastino

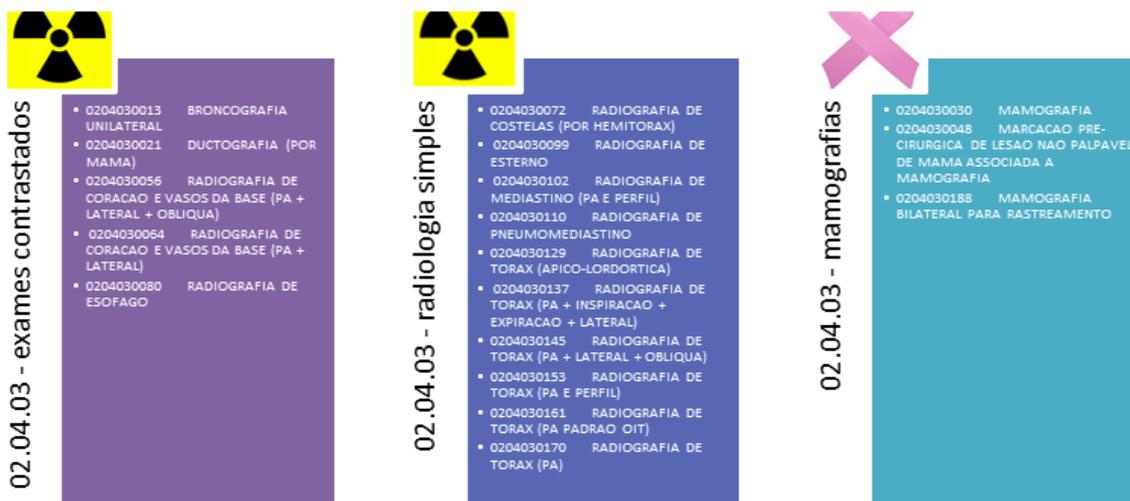
Código	Nome
0204030013	BRONCOGRAFIA UNILATERAL
0204030021	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)
0204030030	MAIOGRAFIA
0204030048	MARCAÇÃO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A
0204030056	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)
0204030064	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)
0204030072	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)
0204030080	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO
0204030099	RADIOGRAFIA DE ESTERNO
0204030102	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)
0204030110	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO
0204030129	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)
0204030137	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)
0204030145	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)
0204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
0204030161	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)
0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)
0204030188	MAIOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO

15:47
30/09/2015

A forma de organização contém?	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Procedimentos da mesma complexidade	X		Média complexidade
Procedimentos que dependem da mesma tecnologia		X	Alguns procedimentos necessitam de equipamento de RX de xmA e outros procedimentos necessitam de mamógrafo
Procedimentos cuja atividade profissional é comum a todos		X	A atividade profissional 225320 (Médico em radiologia e diagnóstico por imagem) é comum a todos, porém existem atividades profissionais específicas conforme o tipo de exame, por exemplo, mastologista na mamografia
Procedimentos cuja técnica de execução é similar		X	A FO contém RX simples e RX contrastado, além das mamografias que possuem técnica distinta
Procedimentos que possuem característica de dispersão no território similar		X	Os exames de radiologia simples possuem grande dispersão. Os exames contrastados estão concentrados em poucos municípios, as mamografias possuem maior dispersão e a marcação pré-cirúrgica por mamografia é pouco frequente e concentrada em pouquíssimos municípios.
Procedimentos de caráter estratégico para a conformação da rede de atenção, ou com parâmetros específicos	X		As mamografias possuem importância estratégica na atenção às doenças crônicas/câncer de mama e parâmetros para a quantificação de sua necessidade, previstos em normativos

Considerando as questões acima, seria coerente propor as agregações de procedimentos para a forma de organização 02.04.03, demonstradas na Figura 2.

Figura 2: Simulação da agregação de procedimentos da forma de organização 02.04.03



Configuração de itens de programação na atenção hospitalar

Na atenção hospitalar, a configuração dos itens de programação está organizada nas seguintes categorias:

- Especialidades hospitalares de média complexidade;
- Especialidades hospitalares de alta complexidade;
- Serviços complementares (UCI e UTI).

Para tal são considerados os seguintes aspectos:

- Complexidade;
- Especialidade;
- População de referência segundo a Portaria GM/MS 1631/2015.

As especialidades hospitalares de média e alta complexidade são subdivididas segundo a faixa etária em: pediatria (0 a 14 anos) e adulto (15 anos e mais). Esta subdivisão é necessária tendo em vista a especificidade da atenção hospitalar pediátrica, dessa forma sua discriminação favorece a compatibilização das informações da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade com as possíveis configurações das centrais de regulação do acesso.

Na média complexidade sugere-se uma agregação em grandes blocos, associados às especialidades dos leitos: cirurgia, clínica e obstetrícia. São desagregadas apenas especialidades que possuem um regramento específico que justifique sua separação, como no caso das internações clínicas, onde se desagrega as internações relativas aos

cuidados prolongados e as internações de saúde mental divididas em internações em hospitais gerais e em hospitais especializados.

O quadro 2 sintetiza os itens de programação propostos para a atenção hospitalar de média complexidade. Cabe salientar que é possível uma maior desagregação, de acordo com as definições de cada Unidade Federada.

Quadro 2 - Itens de programação na média complexidade hospitalar			
Seções	Tipo de internação	População de referência	Itens de programação
Média complexidade	Clínica	0 a 14 anos	Clínica geral
		A partir de 15 anos	Clínica geral
			Cuidados prolongados
			Saúde mental (Hospital Geral)
			Saúde mental (Hospital Especializado)
	Cirúrgica	0 a 14 anos	Cirurgia geral
		A partir de 15 anos	Cirurgia geral
	Obstetrícia	Número estimado de gestantes	Obstetrícia

Na alta complexidade os itens de programação seguem a estrutura da tabela de procedimentos (subgrupos/forma de organização), associadas às especialidades, pautando-se, portanto, na finalidade dos procedimentos agregados. Os seguintes aspectos devem ser considerados para a desagregação: necessidade de habilitação, frequência e relevância¹. Ressalta-se que este critério pode ser alterado localmente. O quadro 3 sintetiza os itens de programação propostos para a atenção hospitalar de alta complexidade.

Para os serviços complementares (UTI e UCI) propõe-se a desagregação conforme os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES):

- Unidade intermediária
 - ✓ Unidade intermediária
 - ✓ Unidade intermediária neonatal

- Unidade de cuidados intermediários
 - ✓ Unidade de cuidados intermediários neonatal convencional
 - ✓ Unidade de cuidados intermediários neonatal canguru
 - ✓ Unidade de cuidados intermediários pediátrico

¹ Representar mais de 3% do total de registros no SIH, dados nacionais, de janeiro a dezembro de 2013, abrangendo mais de 90% do total dos registros no SIH.

- ✓ Unidade de cuidados intermediários adulto
- Unidade de terapia intensiva
 - ✓ Unidade de terapia intensiva adulto tipo II
 - ✓ Unidade de terapia intensiva adulto tipo III
 - ✓ Unidade de terapia intensiva pediátrica tipo II
 - ✓ Unidade de terapia intensiva pediátrica tipo III
 - ✓ Unidade de terapia intensiva neonatal tipo II
 - ✓ Unidade de terapia intensiva neonatal tipo III
 - ✓ Unidade de terapia intensiva de queimados
 - ✓ Unidade de terapia intensiva coronariana tipo II - UCO tipo II
 - ✓ Unidade de terapia intensiva coronariana tipo III - UCO tipo III

Os serviços complementares possuem um tratamento diferenciado. São estabelecidos somente os fluxos para os itens de programação acima (a quantificação não é realizada, por não fazer sentido, pois se estimaria o quantitativo de diárias de UTI). Os recursos financeiros são alocados nos municípios que possuem leitos de UTI/UCI, no momento do financiamento da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade. A necessidade de leitos de UTI deve ser estimada na etapa II da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade.

Quadro 3 – Itens de Programação na Alta Complexidade

Categoria	Especialidades	População referência	de	Itens de programação	
				Subdivisão 1	Subdivisão 2
Alta complexidade	Clínica	0 a 14 anos	0303 - Tratamentos clínicos (outras especialidades)	030304 - Tratamentos de doenças do sistema nervoso central e periférico	
				030318 - Tratamento HIV/Aids	
			0304 - Tratamentos em oncologia		
		A partir de 15 anos	0303 - Tratamentos clínicos (outras especialidades)	030304 - Tratamentos de doenças do sistema nervoso central e periférico	
				030307 - Tratamentos de doenças do aparelho digestivo	
				030318 - Tratamento HIV/Aids	

			0304 - Tratamentos em oncologia	
	Cirurgia	0 a 14 anos	0403 - Cirurgias do sistema nervoso central e periférico	
			0404 - Cirurgias das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	
			0405 - Cirurgias do aparelho da visão	
			0406 - Cirurgias do aparelho circulatório	
			0408 - Cirurgias do sistema osteomuscular	
			0412 - Cirurgias torácicas	
			0413 - Cirurgias reparadoras	
			0415 - Outras cirurgias (múltiplas, sequenciais, politraumatizados)	

			0416 - Cirurgias em oncologia	
			04XX - outras cirurgias pediátricas na alta complexidade	
		A partir de 15 anos	0403 - Cirurgias do sistema nervoso central e periférico	
			0405 - Cirurgias do aparelho da visão	
			0406 - Cirurgias do aparelho circulatório	
			0408 - Cirurgias do sistema osteomuscular	
			0415 - Outras cirurgias (múltiplas, sequenciais, politraumatizados)	
			0416 - Cirurgia em oncologia	
			04XX - Outras cirurgias na alta complexidade	

	Transplantes	0 a 14 anos	0505 - Transplantes de órgãos, tecidos e células	
			0506 - Acompanhamentos e intercorrências no pré e pós-transplante	
			05XX - Outras ações relacionadas aos transplantes	
		A partir de 15 anos	0505 - Transplantes de órgãos, tecidos e células	
			0506 - Acompanhamentos e intercorrências no pré e pós-transplante	
			05XX - Outras ações relacionadas aos transplantes	

Configuração de áreas estratégicas

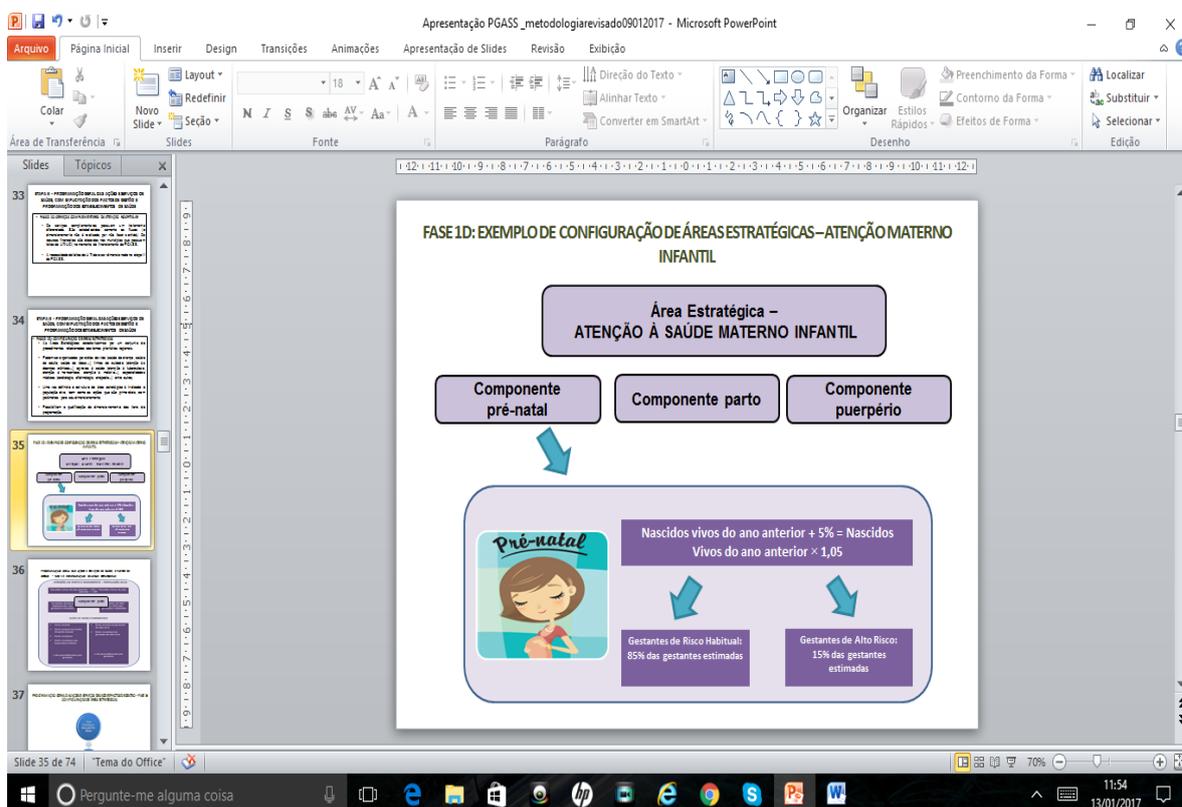
Os itens de programação são permeados pelas **áreas estratégicas**, que se caracterizam por um conjunto de procedimentos relacionados aos temas prioritários regionais. Possibilitam a qualificação da estimativa de ações que compõem os itens de programação.

Podem ser organizadas por ciclos de vida (saúde da criança, saúde do adulto, saúde do idoso...), linhas de cuidado (atenção às doenças crônicas...), agravos à saúde (atenção à tuberculose, atenção à hanseníase, atenção à malária...), especialidades médicas (cardiologia, oftalmologia, ortopedia...) entre outros.

Uma vez definida a estrutura da área estratégica é indicada a população alvo (exemplo: na atenção materno-infantil, número estimado de gestantes = nascidos vivos do ano anterior + 5%), bem como as ações que são primordiais para a área estratégica, com parâmetros para sua quantificação. Os parâmetros incidirão sobre a população alvo determinando um quantitativo por ação de saúde.

A figura 3 demonstra esquematicamente um exemplo de modelagem de área estratégica, na atenção materno infantil (ciclo de vida), a qual está estruturada por processo assistencial (pré-natal, parto e puerpério).

Figura 3: Modelagem de área estratégica na atenção materno-infantil



PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE_texto metodologia_20160123 - Microsoft Word

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Referências Correspondências Revisão Exibição

Gestantes de Risco Habitual:	Gestantes de Alto Risco:
Consulta médica -3 consultas/gestante	Consultas especializadas -5 consultas/gestante
Consulta enfermagem -3 consultas/gestante	Consulta psicológica -1 consultas/gestante
Consulta odontologia -1 consultas/gestante	Todos exames do pré-natal de risco habitual acrescidos de:
ABO -1 exame/gestante	Teste de tolerância à glicose -1 teste/gestante
Páter RH -1 exame/gestante	Ultrassom obstétrico -2 exames/gestante
Teste Coombs indireto para RH -1 exame para 80% das gestantes	ECG -1 exame/gestante
EAS -2 exames/gestante	Ultrassom obstétrico com Doppler -1 exame/gestante
Glicemia -2 exames/gestante	Toxicologia pré-natal -1 exame/gestante
Dosagem de proteínas feta resposta -1 exame para 80% das gestantes	Contagem de plaquetas -1 exame para 20% das gestantes
VDR -2 exames/gestante	Dosagem de uréia -1 exame/gestante
Hematócrito -2 exames/gestante	Dosagem de creatinina -1 exame/gestante
Hemoglobina -2 exames/gestante	Dosagem de ácido úrico -1 exame/gestante
Serologia para toxoplasmose (IgM) -1 exame/gestante	Dosagem de proteínas (urina) 24 horas -1 exame/gestante
HbA1c -1 exame/gestante	
Anti HIV 1 e Anti HIV 2 -2 exames/gest	
Eletroforese de hemoglobina -1 exame/gestante	
Ultrassom obstétrico -1 exame/gestante	
Citopatológico cervico-vaginal -1 exame/gestante	
Cultura de bactérias na urina para identificação de colônias -1 exame/gestante	

**AÇÕES DE SAÚDE E
PARÂMETROS**

Página: 23 de 46 Palavras: 10.978

21:38
28/01/2017

Apresentação PGASS_metodologiarevisado09012017 - Microsoft PowerPoint

Arquivo Página Inicial Inserir Design Transições Animações Apresentação de Slides Revisão Exibição

Layout 18

Colar Novo Slide Seção

Fonte Parágrafo Desenho

Área de Transferência

Slides Tópicos

35

36

37

38

39

Slide 37 de 75 | Tema do Office

12:09 13/01/2017

Componente parto

ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO – POPULAÇÃO ALVO

Nascidos vivos do ano anterior + 5% = Nascidos Vivos do ano anterior x 1,05

Gestantes de Risco Habitual: 85% das gestantes estimadas

Gestantes de Alto Risco: 15% das gestantes estimadas

AÇÕES DE SAÚDE E PARÂMETROS

- Parto normal
- Parto normal em centro de parto normal
- Parto cesariano
- Parto cesariano com laqueadura tubária

1 dos procedimentos por gestante

- Parto normal em gestação de alto risco
- Parto cesariano em gestação de alto risco

1 dos procedimentos por gestante

figuras - Microsoft Word

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Referências Correspondências Revisão Exibição

Recortar Copiar Pincel de Formatação

Fonte Parágrafo Estilo

Área de Transferência

Página: 11 de 11 Palavras: 68

21:51 28/01/2017

Componente puerpério

ATENÇÃO AO PUERPÉRIO – POPULAÇÃO ALVO

Número estimado de gestantes: Nascidos vivos do ano anterior + 5% = Nascidos Vivos do ano anterior x 1,05

AÇÕES DE SAÚDE E PARÂMETROS

Consulta de puerpério – 1 consulta/gestante

2.3.2 – Passo 2: Parametrização e quantificação das ações e serviços de saúde e definição de percentuais de alcance

A quantificação das ações e serviços de saúde ocorre a partir da aplicação de parâmetros, que são referenciais utilizados para estimar suas necessidades. A construção destes parâmetros pode se basear em consensos técnicos (como opinião de especialistas e protocolos clínicos) ou na observação de séries históricas, das filas de espera nas centrais de regulação, entre outros.

A Portaria GM/MS Nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, poderá apoiar os gestores na elaboração e qualificação da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade, no que se refere à proposição de parâmetros.

O gestor federal informa a referência nacional, meramente sugestiva, para apoiar a CIB na definição de parâmetros para as áreas estratégicas e itens de programação (Portaria GM/MS 1631/2015 ou percentis 25 e 75 da produção nacional das regiões de saúde). A parametrização deve ser aplicada primeiramente nas áreas estratégicas e estes quantitativos estimados devem ser considerados no momento da parametrização de cada item de programação.

Estabelecidos os parâmetros estaduais, em pactuação na CIB, será analisada a capacidade real de execução mediante a definição de percentuais de alcance, por itens de programação, possíveis para o ano vigente. Estes percentuais não são aplicados linearmente, variando de acordo com as prioridades do Estado e regiões. Desta forma, gradativamente, buscar-se-á o alcance do parâmetro recomendado, instituindo-se assim uma estratégia para programação de caráter contínuo, com repercussão plurianual. A progressão dos percentuais de alcance deve estar refletida no Mapa de Investimento plurianual a fim de sustentar a possibilidade do aumento da oferta necessária.

A definição de percentuais de alcance, por itens de programação, realizada no âmbito da CIB, será apenas uma referência para apoiar os gestores, no âmbito das CIR, a definirem os respectivos percentuais. Após a definição dos percentuais de alcance em todas as CIR, a CIB realizará uma análise e, se necessário, serão realizados ajustes. Os quantitativos gerados pelos percentuais de alcance serão a base da pactuação entre os gestores.

Parametrização e quantificação de ações e serviços de saúde na atenção ambulatorial

Uma vez estimadas as ações de saúde por áreas estratégicas, são quantificadas as ações por item de programação da atenção ambulatorial. Para isto são definidos parâmetros por mil habitantes para cada item de programação. Para subsidiar esta decisão os gestores necessitam de informações tais como:

- Quantitativo de procedimentos que compõem determinado item de programação já estimado em decorrência da estimativa das áreas estratégicas;
- Produção recente dos procedimentos que compõem o item de programação;
- Parâmetro por mil habitantes realizado;
- Percentil 25 e percentil 75 da produção nacional das 438 regiões de saúde.

Para a tomada de decisão da unidade federada é importante considerar as políticas prioritárias e a realidade loco-regional. Estabelecidos os parâmetros e os quantitativos por item de programação da atenção ambulatorial, são definidos os percentuais de alcance, confrontando a série histórica de produção e a capacidade de realização das ações de saúde.

Parametrização e quantificação de ações e serviços de saúde na atenção hospitalar

A quantificação da necessidade de internações hospitalares será realizada pela definição da taxa de internação por mil habitantes. O número de internações esperadas é dado por:



Para a definição da taxa de internação da UF são considerados os tipos de internação, subdivididos em recortes populacionais: neonatologia clínica (0 a 27 dias), neonatologia cirúrgica (0 a 27 dias), pediatria clínica (28 dias a 14 anos), pediatria cirúrgica (28 dias a 14 anos), clínica (15 a 59 anos), clínica (60 anos e mais), cirurgia (15 a 59 anos), cirurgia (60 anos e mais), saúde mental (15 anos e mais) e obstetrícia. O cálculo da taxa de internação por faixa etária é justificado por considerar o perfil diferenciado na sua frequência, como também na permanência, especialmente nas internações neonatais e em idosos.

Para a tomada de decisão quanto à taxa de internação a ser aplicada a cada recorte, consideram-se:

- Os parâmetros nacionais construídos a partir da análise da situação recente nas UFs e capitais (Portaria GM 1631/2015 – quadro 4);
- A taxa de internação da UF, calculada a partir dos registros no SIH;
- O percentual de internações sensíveis à atenção básica – ISAB.

Quadro 4 – Taxa de internação - Referência nacional (Portaria GM/MS 1631/2015)

Especialidade/Faixa etária	Taxa de internação (por mil) esperada* (referência nacional - Portaria GM/MS 1631/2015)	
	Mínima	Máxima
Neonatologia clínica	79,6	162,3
Neonatologia cirúrgica	2,8	5,7
Pediatria clínica	27,8	48,8
Pediatria cirúrgica	8,4	19,4
Clínica 15 a 59 anos	13,8	24,6
Clínica 60 anos ou mais	72,4	116,8
Cirúrgica 15 a 59 anos	44,9	72,6
Cirúrgica 60 anos ou mais	21,8	35,7
Obstetrícia	1,0	1,0

Com a definição das taxas de internação da UF, o quantitativo resultante de sua aplicação sobre os recortes populacionais será subdividido entre os itens de programação da atenção hospitalar, pela proporção observada nos registros de produção do SIH referentes à UF. Uma vez distribuídos os quantitativos por item de programação, a definição do percentual de alcance segue a mesma sistemática descrita anteriormente.

2.3.3 – Passo 3: Pactuação dos fluxos assistenciais

Uma vez quantificadas as ações e serviços de saúde pelo percentual de alcance do ano vigente, o próximo passo é a pactuação de fluxos assistenciais, mediante a definição de municípios executores e encaminhadores, para cada item de programação.

A pactuação dos fluxos assistenciais pode se dar nos níveis regional, inter-regional e interestadual. Poderá ocorrer por abrangência ou por referência. A pactuação por referência acontece no âmbito da CIR, quando os quantitativos programados são alocados no(s) município(s) executor(es) pelo(s) município(s) encaminhador(es). A pactuação por abrangência acontece no âmbito da CIB, quando os quantitativos programados são alocados no(s) município(s) executor(es) e são definidos os municípios a serem abrangidos.

Para subsidiar a definição dos executores, os gestores devem se apoiar nos seguintes instrumentos gerenciais:

- Regionalização do Estado;
- Informações dos sistemas oficiais de produção, tabuladas pelo TABNET ou TABWIN;
- Relatórios dos complexos reguladores.

Concluída a primeira etapa de definição de executores, cabe à CIB a análise e validação dos encaminhamentos efetuados pelas CIR. Validados os encaminhamentos, compete aos municípios executores uma análise cruzada entre quantitativos alocados no município, por item de programação, e a capacidade instalada disponível ao SUS. Para os itens ambulatoriais esta análise torna-se mais complexa, devido à dificuldade para o cálculo da capacidade potencial de produção, a partir da infraestrutura existente. Para estes itens de programação a produção pode ser um referencial.

Para os itens de programação hospitalares o cálculo é realizado com o agrupamento do quantitativo de internações programadas por tipo de leito: clínicos, cirúrgicos, pediátricos clínicos e cirúrgicos e obstétricos. Estes quantitativos são comparados com a capacidade potencial de produção por tipo de leito, calculada conforme a fórmula:

The screenshot shows a PowerPoint slide titled "PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, COM EXPLICAÇÃO DOS FACTOS DE GESTÃO - PASSO 3: PACTUAÇÃO DOS FLUXOS ASSISTENCIAIS". The slide contains the following text:

> Para os itens de programação hospitalares o cálculo é realizado com o agrupamento do quantitativo de internações programadas por tipo de leito: clínicos, cirúrgicos, pediátricos clínicos e cirúrgicos e obstétricos. Estes quantitativos são comparados com a capacidade potencial de produção por tipo de leito. A metodologia proposta para a determinação da quantidade de leitos gerais necessários deve ser feita separadamente para cada um dos tipos de leito-especialidade, utilizando a expressão abaixo:

$$NL = \frac{NI \cdot TMP}{365 \cdot p}$$

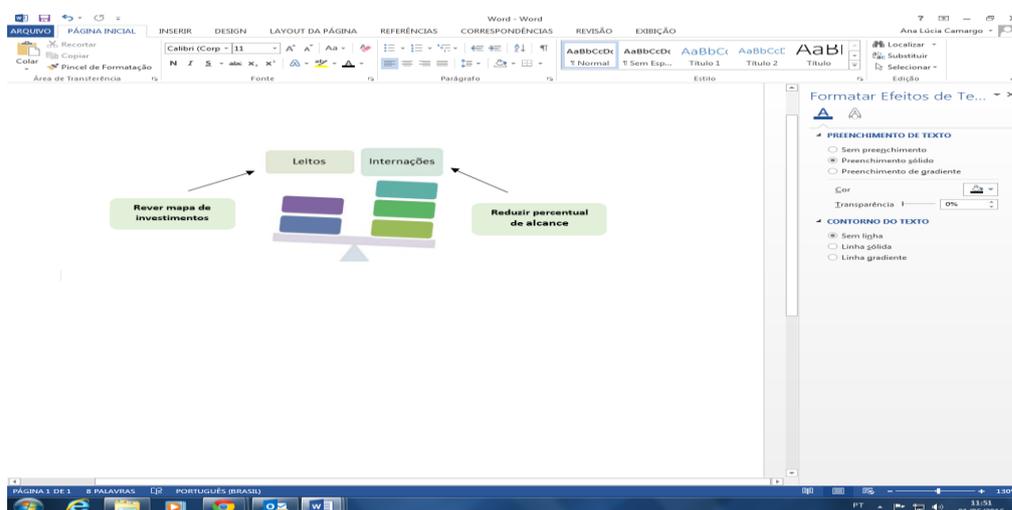
The formula is supported by four boxes:

- Número de leitos necessários** (NL)
- Número de internações programadas para a população própria e referenciada no município executor** (NI)
- Taxa de ocupação esperada** (p)
- Tempo médio de permanência esperado** (TMP)

A visualização das ações ambulatoriais e hospitalares programadas por município executor (para a população própria e para a população referenciada), comparativamente com a capacidade potencial dos leitos e a produção, fornecerá subsídios para, de forma pactuada, serem realizados ajustes nos quantitativos estimados. Isto pode levar a alterações nos percentuais de alcance, bem como a atualizações no mapa de investimentos.

Nos casos de itens de programação que tiverem o percentual de alcance reduzido em função de oferta insuficiente ou inexistente, poderão ser objeto de complementação da etapa II da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade, quando apontarem para a necessidade de novos investimentos (figura 4).

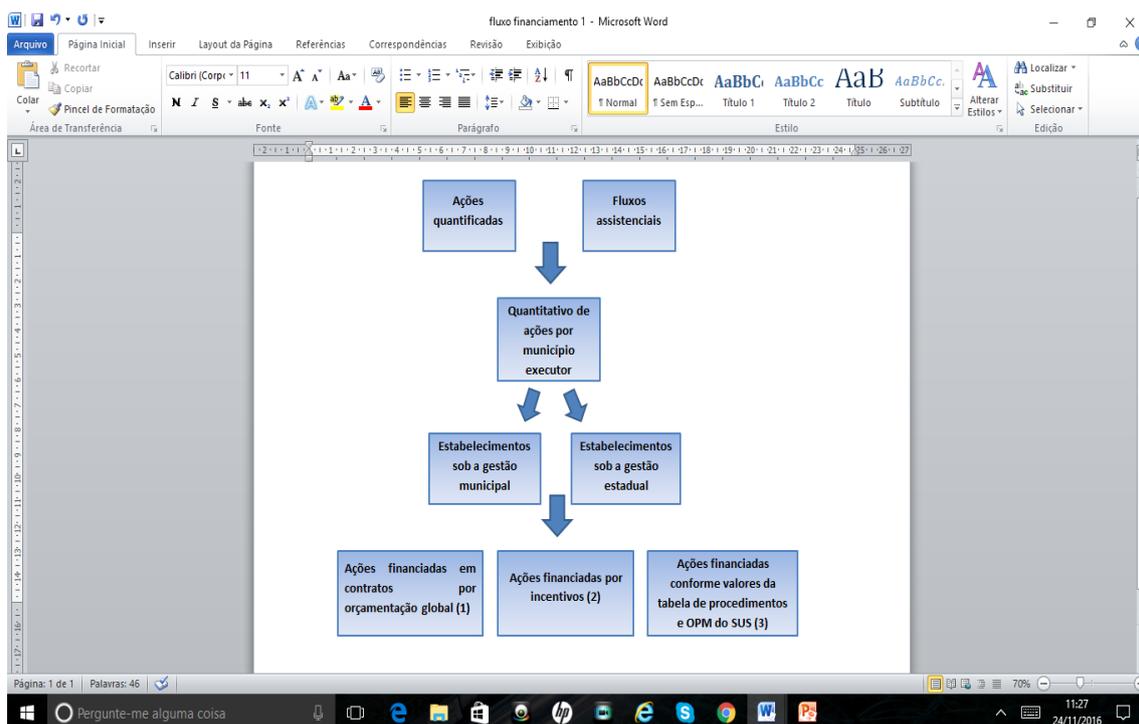
Figura 4: Ajustes à capacidade instalada



2.3.4 – Passo 4: Alocação/ajuste dos recursos financeiros e programação preliminar dos estabelecimentos de saúde

O cálculo do impacto financeiro da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade será realizado a partir da quantificação das ações e serviços de saúde e dos fluxos estabelecidos na pactuação. O impacto financeiro das ações programadas deverá ser compatível com o montante de recursos financeiros (federais/estaduais/municipais) disponíveis, considerando como referenciais os valores de tabela, bem como, complementações, contratos com orçamentação global (parcelas pré-fixadas) e incentivos permanentes de custeio (Figura 5). Para tal, as ações programadas e os recursos para seu custeio, em cada município executor, devem ser distribuídos entre os estabelecimentos de saúde, em um exercício realizado pelos respectivos gestores (gestor estadual e/ou gestor municipal).

Figura 5: Financiamento da PAMAC



Alocação/ajuste dos recursos financeiros e programação preliminar dos estabelecimentos de saúde por orçamentação global

Para o cálculo do impacto financeiro das ações custeadas por orçamentação global (contratos com parcelas pré-fixadas), por gestão, em estabelecimentos públicos ou privados, são observados os seguintes passos:

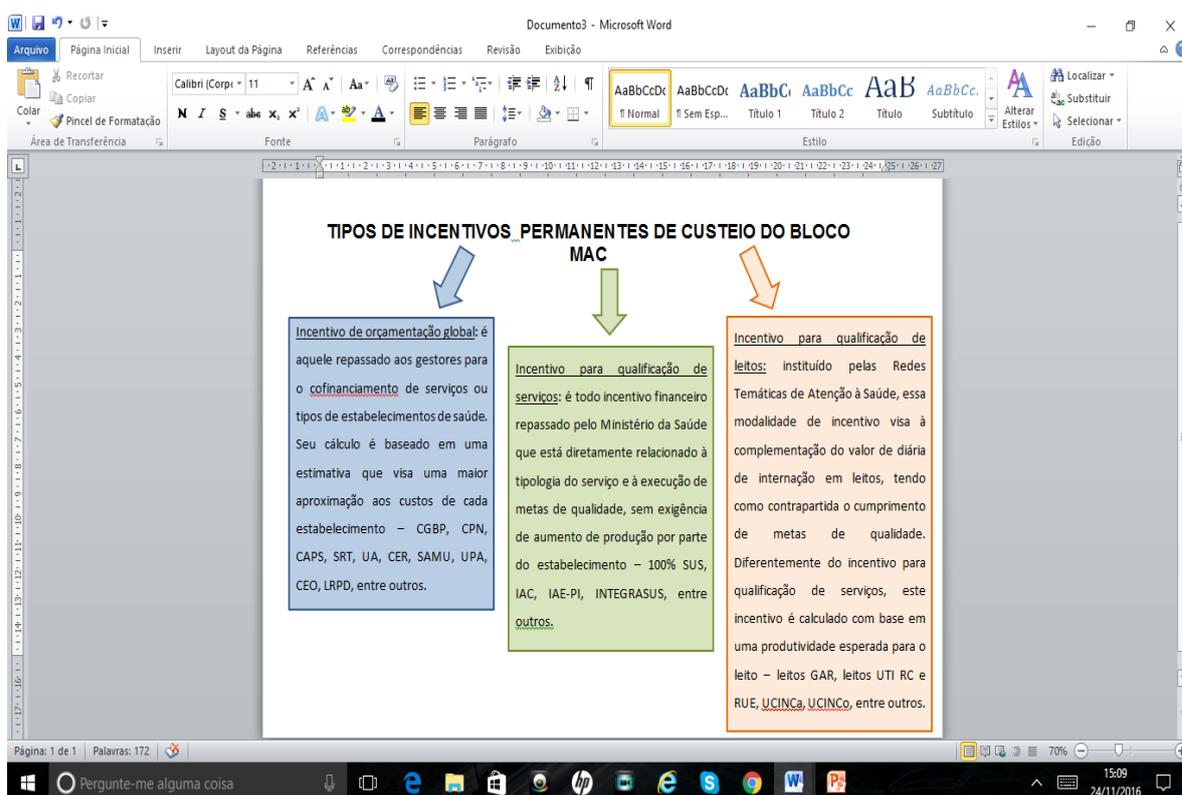
- Identificação todos os estabelecimentos de saúde que possuem previsão de orçamentação global, total ou parcial (traduzidas em contratos com parcelas pré-fixadas), por gestão (estadual, municipal ou dupla);

- Registro da parcela sob determinada gestão (MC/AC, Ambulatorial e/ou Hospitalar) e informação das respectivas metas operacionais;
- Associação do montante financeiro (discriminando as fontes de todas as esferas).

Alocação/ajuste dos recursos financeiros e programação preliminar dos estabelecimentos de saúde referente a ações custeadas por incentivos

Para o cálculo do impacto financeiro das ações/serviços que são custeadas com recursos federais na modalidade incentivos permanentes de custeio é necessário que as mesmas sejam identificadas e, de acordo com suas especificidades (Figura 6) e a forma de repasse aos prestadores de serviço, definida pelos gestores, seu impacto seja estimado.

Figura 6: Incentivos permanentes de custeio



Em geral, incentivos de orçamentação global estão associados a metas físicas, os incentivos de qualificação de serviços não estão associados a metas físicas e os incentivos para qualificação de leitos podem ou não estar associados a metas físicas, dependendo da forma de repasse aos estabelecimentos de saúde, adotada pelo respectivo gestor.

O quadro 5 descreve os incentivos permanentes de custeio, do tipo orçamentação global, bem como questões a serem consideradas para o cálculo do impacto financeiro. O quadro 6 refere-se aos incentivos de qualificação de serviços e o quadro 7 aos incentivos de qualificação de leitos.

Quadro 5 - Incentivos de orçamentação global

Tipo de incentivo	Nome do incentivo	Categorização quanto à produção	Categorização quanto à geração de crédito	Para cálculo do impacto financeiro da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade
Orçamentação global	Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP);	Sem vinculação à produção de procedimentos programáveis	Não gera crédito	Incentivo não considerado no impacto financeiro da programação e descontado do limite financeiro, para fins de comparação entre programação e LFMAC
	Programa de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Sem vinculação à produção de procedimentos programáveis	Não gera crédito	Incentivo não considerado no impacto financeiro da programação e descontado do limite financeiro, para fins de comparação entre programação e LFMAC
	Centros de Parto Normal (CPN)	Com vinculação à produção de procedimentos programáveis	Não gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em CPN. Para este quantitativo substitui-se o que seria o impacto da tabela pelo valor do incentivo. O valor do incentivo é considerado no LFMAC para fins de comparação com o impacto da programação
	Centros Especializados em Reabilitação (CER)	Com vinculação à produção de procedimentos programáveis	Não gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em CER, exceto os procedimentos do grupo 07 (OPM). Para este quantitativo substitui-se o que seria o impacto da tabela pelo valor do incentivo. O valor do incentivo é considerado no LFMAC para fins de comparação com o impacto da programação

	Oficinas Ortopédicas	Com vinculação à produção de procedimentos programáveis	Não gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em oficina ortopédica, exceto os procedimentos do grupo 07 (OPM). Para este quantitativo substitui-se o que seria o impacto da tabela pelo valor do incentivo. O valor do incentivo é considerado no LFMAC para fins de comparação com o impacto da programação
	Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	Com vinculação à produção de procedimentos programáveis	Não gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em <u>UPAs novas e UPAs qualificadas</u> . Para este quantitativo substitui-se o que seria o impacto da tabela pelo valor do incentivo. O valor do incentivo é considerado no LFMAC para fins de comparação com o impacto da programação
	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) estadual, regional ou municipal	Com vinculação à produção de procedimentos programáveis	Não gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em CERESTs. Para este quantitativo substitui-se o que seria o impacto da tabela pelo valor do incentivo. O valor do incentivo é considerado no LFMAC para fins de comparação com o impacto da programação
	Hospitais de Pequeno Porte (HPP)	Com vinculação à produção de procedimentos programáveis	Não gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em HPPs. Para este quantitativo substitui-se o que seria o impacto da tabela pelo valor do incentivo. O valor do incentivo é considerado no LFMAC para fins de comparação com o impacto da programação

	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	Com vinculação à produção de procedimentos programáveis	Procedimentos zerados	Agrega-se o valor do incentivo ao impacto financeiro da programação. Para a comparação entre o impacto da programação e limite financeiro, o incentivo é mantido no LFMAC
	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	Com vinculação à produção de procedimentos programáveis	Procedimentos zerados	Agrega-se o valor do incentivo ao impacto financeiro da programação. Para a comparação entre o impacto da programação e limite financeiro, o incentivo é mantido no LFMAC
	Unidades de Acolhimento	Com vinculação à produção de procedimentos programáveis	Procedimentos zerados	Agrega-se o valor do incentivo ao impacto financeiro da programação. Para a comparação entre o impacto da programação e limite financeiro, o incentivo é mantido no LFMAC
	Serviço Residencial de Caráter Transitório (inclui comunidades terapêuticas)	Com vinculação à produção de procedimentos programáveis	Procedimentos zerados	Agrega-se o valor do incentivo ao impacto financeiro da programação. Para a comparação entre o impacto da programação e limite financeiro, o incentivo é mantido no LFMAC
	Sala de Estabilização (SE)	Com vinculação à produção de procedimentos programáveis	Procedimentos zerados	Agrega-se o valor do incentivo ao impacto financeiro da programação. Para a comparação entre o impacto da programação e limite financeiro, o incentivo é mantido no LFMAC
	Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU) - Centrais de Regulação de Urgência	Com vinculação à produção de procedimentos programáveis	Procedimentos zerados	Agrega-se o valor do incentivo ao impacto financeiro da programação. Para a comparação entre o impacto da programação e limite financeiro, o incentivo é mantido no LFMAC

	Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU) -Unidades Móveis	Com vinculação à produção de procedimentos programáveis	Procedimentos zerados	Agrega-se o valor do incentivo ao impacto financeiro da programação. Para a comparação entre o impacto da programação e limite financeiro, o incentivo é mantido no LFMAC
	Unidades de Pronto Atendimento (UPA) - Ampliadas	Com vinculação à produção	Gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em <u>UPA Reformada e Ampliada</u> . Para este quantitativo calcula-se o valor do impacto financeiro pelos valores de tabela e agrega-se o valor do incentivo. O valor do incentivo é considerado no LFMAC para fins de comparação com o impacto da programação

Quadro 6 - Incentivo de qualificação de serviços

Tipo de incentivo	Nome do incentivo	Categorização quanto à produção	Categorização quanto à geração de crédito	Para cálculo do impacto financeiro da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade
Qualificação de serviços	100% SUS	Sem vinculação à produção de procedimentos programáveis	Gera crédito	Gestor informa parcela do incentivo utilizada para a remuneração de metas quantitativas. Esta parcela será incorporada ao limite financeiro para comparação com impacto da programação
	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS)	Sem vinculação à produção de procedimentos programáveis	Gera crédito	Gestor informa parcela do incentivo utilizada para a remuneração de metas quantitativas. Esta parcela será incorporada ao limite financeiro para comparação com impacto da programação
	Incentivo de Adesão à Contratualização	Sem vinculação à produção	Gera crédito	Gestor informa parcela do incentivo utilizada para a remuneração de metas quantitativas. Esta parcela será incorporada ao limite financeiro para comparação com impacto da programação
	Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI)	Sem vinculação à produção	Gera crédito	Gestor informa parcela do incentivo utilizada para a remuneração de metas quantitativas. Esta parcela será incorporada ao limite financeiro para comparação com impacto da programação
	Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS)	Sem vinculação à produção	Gera crédito	Gestor informa parcela do incentivo utilizada para a remuneração de metas qualitativas. Esta parcela será incorporada ao limite financeiro para comparação com impacto da programação
	Portas de Entrada de Urgência da Rede de Atenção às Urgências e Unidade de Atendimento	Sem vinculação à produção	Gera crédito	Gestor informa parcela do incentivo utilizada para a remuneração de metas quantitativas. Esta parcela será incorporada ao limite financeiro para comparação com impacto da programação

Quadro 7 - Incentivos de qualificação de leitos

Tipo de incentivo	Nome do incentivo	Categorização quanto à produção	Categorização quanto à geração de crédito	Para cálculo do impacto financeiro da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade
Qualificação de leitos	Habilitação de leitos para Gestante de Alto Risco (GAR)	Com vinculação à produção de procedimentos programáveis	Gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em estabelecimentos que possuem leitos GAR novos financiados pela RC. Para este quantitativo calcula-se o valor do impacto financeiro pelos valores de tabela e agrega-se o valor da parcela referente ao incentivo. Considera-se o valor total do incentivo (produção mais incentivo) no LF MAC para fins de comparação com o impacto da programação
	Qualificação de leitos para Gestante de Alto Risco (GAR)	Com vinculação à produção	Gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em estabelecimentos que possuem leitos GAR qualificados financiados pela RC. Para este quantitativo calcula-se o valor do impacto financeiro pelos valores de tabela e agrega-se o valor do incentivo. Considera-se o valor do incentivo no LF MAC para fins de comparação com o impacto da programação
	Habilitação de leitos de retaguarda clínica	Com vinculação à produção	Gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em estabelecimentos que possuem leitos de retaguarda clínica, novos, financiados pela RUE. Para este quantitativo calcula-se o valor do impacto financeiro pelos valores de tabela e agrega-se o valor da parcela referente ao incentivo. Considera-se o valor total do incentivo (produção mais incentivo) no LF MAC para fins de comparação com o impacto da programação
	Qualificação de leitos de retaguarda clínica	Com vinculação à produção	Gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em estabelecimentos que possuem leitos de retaguarda clínica, qualificados, financiados pela RUE. Para este quantitativo calcula-se o valor do impacto financeiro pelos valores de tabela e agrega-se o valor do incentivo. Considera-se o valor do incentivo no LF MAC para fins de comparação com o impacto da programação
	Habilitação e qualificação de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional – UCINCo	Com vinculação à produção	Gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro calcula-se o impacto da programação pelo valor de tabela e agrega-se o valor do incentivo. Considera-se o valor do incentivo no LF MAC para fins de comparação com o impacto da programação

Habilitação de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru – UCINCa	Com vinculação à produção	Gera crédito	Calcula o impacto da programação pelo valor de tabela. Considera-se o valor do incentivo no LF MAC para fins de comparação com o impacto da programação
Habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva UTI tipo II (RC - leitos neonatais e para adultos; RUE – leitos pediátricos e para adultos)	Com vinculação à produção	Gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em estabelecimentos que possuem leitos de UTI Tipo II novos financiados pela RC e RUE. Para este quantitativo calcula-se o valor do impacto financeiro pelos valores de tabela e agrega-se o valor da parcela referente ao incentivo. Considera-se o valor total do incentivo (produção mais incentivo) no LF MAC para fins de comparação com o impacto da programação
Qualificação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva UTI tipo II (RC - leitos neonatais e para adultos; RUE – leitos pediátricos e para adultos)	Com vinculação à produção	Gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em estabelecimentos que possuem leitos qualificados de UTI Tipo II financiados pela RC e RUE. Para este quantitativo calcula-se o valor do impacto financeiro pelos valores de tabela e agrega-se o valor do incentivo. Considera-se o valor do incentivo no LF MAC para fins de comparação com o impacto da programação
Habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI tipo III (RC - leitos neonatais e para adultos; RUE – leitos pediátricos e para adultos)	Com vinculação à produção	Gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em estabelecimentos que possuem leitos de UTI Tipo III novos financiados pela RC e RUE. Para este quantitativo calcula-se o valor do impacto financeiro pelos valores de tabela e agrega-se o valor da parcela referente ao incentivo. Considera-se o valor total do incentivo (produção mais incentivo) no LF MAC para fins de comparação com o impacto da programação
Qualificação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI tipo III (RC - leitos neonatais e para adultos; RUE – leitos pediátricos e para adultos)	Com vinculação à produção	Gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em estabelecimentos que possuem leitos qualificados de UTI Tipo III financiados pela RC e RUE. Para este quantitativo calcula-se o valor do impacto financeiro pelos valores de tabela e agrega-se o valor do incentivo. Considera-se o valor do incentivo no LF MAC para fins de comparação com o impacto da programação

Habilitação de leitos de Terapia Intensiva Coronariana - UCO tipo II	Com vinculação à produção	Gera crédito	Calcula-se o impacto da programação pelo valor de tabela adicionado do incremento. Considera-se o valor do incentivo no LF MAC para fins de comparação com o impacto da programação
Habilitação de leitos de Terapia Intensiva Coronariana - UCO tipo III	Com vinculação à produção	Gera crédito	Calcula-se o impacto da programação pelo valor de tabela adicionado do incremento. Considera-se o valor do incentivo no LF MAC para fins de comparação com o impacto da programação
Leitos de cuidados prolongados	Com vinculação à produção	Gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em estabelecimentos com leitos de cuidados prolongados financiados pela RUE. Para este quantitativo calcula-se o impacto da programação pelos valores de tabela e agrega-se o valor do incentivo. Considera-se o valor do incentivo no LF MAC para fins de comparação com o impacto da programação
Habilitação de leitos em Unidade de Cuidado Agudo ao AVC- U-AVC Agudo	Com vinculação à produção	Gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em estabelecimentos com leitos UAVC agudos, financiados pela RUE. Para este quantitativo calcula-se o impacto da programação pelos valores de tabela e agrega-se o valor do incentivo. Considera-se o valor do incentivo no LF MAC para fins de comparação com o impacto da programação
Habilitação de leitos em Unidade de Cuidado Integral ao AVC – U-AVC Integral	Com vinculação à produção	Gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em estabelecimentos com leitos UAVC integral, financiados pela RUE. Para este quantitativo calcula-se o impacto da programação pelos valores de tabela e agrega-se o valor do incentivo. Considera-se o valor do incentivo no LF MAC para fins de comparação com o impacto da programação
Serviço de leito de saúde mental em Hospital Geral de Referência (SHR)	Com vinculação à produção	Não gera crédito	Para o cálculo do impacto financeiro desconta-se do físico programado um quantitativo estimado da produção em hospitais gerais que possuem leito de saúde mental. Para este quantitativo substitui-se o que seria o impacto da tabela pelo valor do incentivo. Considera-se o valor do incentivo no LF MAC para fins de comparação com o impacto da programação.

Para o cálculo do impacto financeiro de ações programadas e custeadas por incentivos, os gestores devem observar os seguintes passos:

- Identificação de todos os estabelecimentos com algum incentivo que determine remuneração diferenciada para os procedimentos (exemplo CEO, CAPS, entre outros), por gestão;
- Associação de metas físicas aos incentivos, a qual deve ocorrer se houver alguma regra contratual que zera o valor da produção, ou se o incentivo estiver contabilizado no valor global da média e/ou alta complexidade hospitalar (caso dos incentivos de qualificação de leitos);
- Associação do montante financeiro federal.

O cálculo do impacto financeiro do quantitativo de ações estimadas para os estabelecimentos com contrato por orçamentação global e com alguns tipos de incentivos, não utiliza como referência o valor de tabela, mas os montantes declarados pelo gestor, referentes aos recursos para o seu financiamento.

Alocação/ajuste dos recursos financeiros referente a ações cujo custo é estimado com referência na tabela de procedimentos e OPM do SUS

As ações programadas na Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade e associadas pelos gestores a valores globais (em decorrência de contratos ou de incentivos) são descontadas do total da programação destinada a cada município executor, sendo que a programação restante será distribuída entre os estabelecimentos de saúde cuja relação formal é estabelecida com o respectivo gestor, com base nos valores da tabela de procedimentos e OPM do SUS, expressos nos valores médios da produção aprovada por item de programação.

Outras informações financeiras

Para a finalização do cálculo do impacto financeiro da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade os gestores registram os gastos em saúde que não correspondem diretamente a ações quantificáveis, tais como, os recursos destinados aos Tratamentos Fora do Domicílio- TFD. É necessário, ainda, que os gestores aloquem os valores de protocolos de compromisso entre entes públicos (PCEP), de valores destinados a instituições de ensino federais (IFES) e os valores enviados e recebidos de outros estados em decorrência de pactuação interestadual. Quando todas as informações financeiras estiverem informadas, é possível a sua consolidação e análise.

2.3.5– Passo 5: Consolidação

Finalizado o impacto financeiro da programação por município da UF, por gestão, é necessário que se realize uma análise comparativa com os limites financeiros MAC vigentes. No caso de insuficiência de recursos financeiros, deverão ocorrer ajustes na programação das ações. Esta fase permite identificar o déficit de custeio, para o caso das ações que possuem capacidade de oferta na região, mas não são disponibilizadas ao SUS por insuficiência de recursos financeiros. As ações de saúde com déficit de custeio deverão ser registradas, a fim de subsidiar futuras alocações de recursos de fonte federal/estadual/municipal.

Produtos da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade

Após a realização dos ajustes, ocorre a finalização da etapa III da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade, sendo possível a visualização de:

- Quantitativos programados e respectivos fluxos por item de programação, por município encaminhador e por município executor;
- Programação anual por estabelecimento de saúde;
- Limites Financeiros da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, por município e por gestão.

3. Programação por estabelecimento de saúde

Com a conclusão da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade, fica liberada a versão preliminar da programação anual dos estabelecimentos de saúde, realizada na etapa III, para que os respectivos gestores assumam a responsabilidade pela sua manutenção e atualização. É fundamental que esta programação mantenha estrita coerência com os pactos firmados e se expresse em outros processos de regulação, avaliação, controle e auditoria.

A estimativa anual da programação por estabelecimento de saúde deve embasar a formalização ou a revisão de contratos e PCEPs. Esta mesma programação orientará a geração das Fichas de Programação Orçamentária, por estabelecimento e por competência, onde for cabível, possibilitando o processamento do sistema oficial de produção e oferecendo subsídios para a configuração das centrais de regulação do acesso. A distribuição da programação resultante dos pactos intergestores entre os estabelecimentos de saúde orienta, também, as ações de controle, como a autorização de procedimentos e os processos de auditoria de sistemas de saúde.

4. Monitoramento da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade

Após a consolidação da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade é fundamental que sejam adotados mecanismos para seu monitoramento, buscando o permanente direcionamento para uma alocação consistente de recursos, que mantenha a coerência com os demais processos de gestão.

Entende-se o monitoramento da Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade como um conjunto de atividades que buscam acompanhar rotineiramente a execução física e financeira das ações e dos fluxos pactuados. Os relatórios de acompanhamento da utilização das ofertas dos complexos reguladores de acesso, as informações dos sistemas oficiais de produção se configuram como ferramentas de excelência para o monitoramento dos pactos firmados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.
- _____. Presidência da República. **Lei 8.080** de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 96**. Distrito Federal, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 373** de 27 de fevereiro de 2002. Distrito Federal, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399** de 22 de fevereiro de 2006. Distrito Federal, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 161** de 21 de janeiro de 2010. Distrito Federal, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Gestão de alto Risco: Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/90. 1. ed - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600**, de 7 de julho de 2011. Distrito Federal, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. . Distrito Federal, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.090**, de 23 de dezembro de 2011. . Distrito Federal, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Proposições Metodológicas para a Elaboração da Programação Assistencial da Média e Alta Complexidade**. Distrito Federal, 2012. Disponível em [http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/Orienta%20PGASS%20\(Anvisa_COAP\)%2024mai13.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/Orienta%20PGASS%20(Anvisa_COAP)%2024mai13.pdf)
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências** - Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015** - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.631**, de 1º de outubro de 2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2015. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/ParametrosSUS.pdf>.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 138 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa; v. 4)