



EBSERH

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

**MANUAL TÉCNICO DE
DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL
PARA ÁREAS ASSISTENCIAIS**

LEGISLAÇÕES E PARÂMETROS

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal
Coordenadoria de Planejamento de Pessoal
Diretoria de Gestão de Pessoas

MANUAL TÉCNICO DE DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL PARA ÁREAS ASSISTENCIAIS

LEGISLAÇÕES E PARÂMETROS

2ª edição

Brasília/DF

2026

Presidente

Ademar Arthur Chioro dos Reis

Vice-Presidente

Daniel Gomes Monteiro Beltrammi

Diretora de Gestão de Pessoas

Luciana de Gouvêa Viana

Coordenador de Planejamento de Pessoal

Heli Santos Vieira da Costa

Chefe de Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal

Thaís Pereira Caixeta

Expediente

Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal

Permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

Elaboração, Distribuição e Informações:

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Diretoria de Gestão de Pessoas

Coordenação de Planejamento de Pessoal

Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal

Setor Comercial Sul – SCS, Quadra 09, Lote C, Ed. Parque Cidade Corporate,

Bloco C, 3º Pavimento – CEP: 70.308-200 – Brasília/DF

Telefone: (61) 3255-8900 / Site: www.ebserh.gov.br

E-mail: sedimp@ebserh.gov.br

Elaboração:

Adriana Santos Sousa Ribeiro

Ana Paula Sarmento Charão Aureliano

Dinah Aparecida Hora Gois de Jesus

Laís Ribeiro de Alencar Nóbrega

Marcelle Craveiro da Silva

Nathália Emanuelle Visgueira Sena

Tátilla Layanne Lima Bittencourt

Thaís Pereira Caixeta

Colaboração:

Ivania Cleide Cavalcanti da Silveira

Rodrigo Alexandre Teixeira

Ficha Catalográfica

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Manual Técnico de Dimensionamento de Pessoal Para Áreas Assistenciais: Legislações e Parâmetros. – 2. Ed. Brasília: DF, 2025.

1. Dimensionamento de Pessoal.
 2. Gestão de Pessoas
 3. Profissionais de Saúde.
 4. Rede Ebserh
-

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DA REDE EBSEH22

FIGURA 2 – PASSO A PASSO DO DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DOS PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS.29

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Carga horária dos cargos da Rede Ebserh | 25 |
| Quadro 2 – Variáveis utilizadas para o cálculo de dimensionamento | 28 |
| Quadro 3 – Dimensionamento da equipe multiprofissional – I | 30 |
| Quadro 4 – Dimensionamento da equipe multiprofissional – II | 30 |
| Quadro 5 – Parametrização das horas assistenciais por consulta do ambulatório | 32 |
| Quadro 6 – Quantitativo da equipe de apoio do ambulatório | 33 |
| Quadro 7 – Dimensionamento do hospital dia: médico, enfermeiro e técnico em enfermagem..... | 35 |
| Quadro 8 – Dimensionamento hospital dia – saúde mental..... | 37 |
| Quadro 9 – Dimensionamento de equipe multidisciplinar para hospital dia – geriátrico | 38 |
| Quadro 10 – Parâmetros para dimensionamento das equipes das unidades de internação | 42 |
| Quadro 11 – Sistema de classificação de pacientes | 43 |
| Quadro 12 – Horas de enfermagem por paciente em 24 horas | 43 |
| Quadro 13 – Dimensionamento da equipe mínima em obstetrícia e alojamento conjunto | 45 |
| Quadro 14 – Dimensionamento da equipe médica de pediatria | 47 |
| Quadro 15 – Dimensionamento do médico - anesthesiologista em centro cirúrgico e sala de recuperação anestésica | 49 |
| Quadro 16 – Parâmetros do porte cirúrgico | 50 |
| Quadro 17 – Dimensionamento da equipe do centro cirúrgico | 50 |
| Quadro 18 – Dimensionamento da equipe da sala de recuperação pós-anestésica ... | 51 |
| Quadro 19 – Descrição das atividades para processamento de materiais | 54 |
| Quadro 20 – Espelho semanal padrão para CME | 56 |
| Quadro 21 – Equipe mínima de médicos(as) nas modalidades de transplantes..... | 59 |
| Quadro 22 – Equipe técnica de bancos de tecidos..... | 60 |
| Quadro 23 – Dimensionamento da equipe da hemoterapia..... | 63 |
| Quadro 24 – Dimensionamento da equipe mínima da unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia..... | 66 |
| Quadro 25 – Dimensionamento da equipe mínima da unidade de assistência de alta complexidade em tratamento neurocirúrgico da dor e funcional | 67 |

| | |
|--|----|
| Quadro 26 – Dimensionamento da equipe mínima do serviço de assistência de alta complexidade em investigação e cirurgia da epilepsia | 69 |
| Quadro 27 – Dimensionamento da equipe do serviço de assistência de alta complexidade em tratamento endovascular..... | 71 |
| Quadro 28 – Dimensionamento da equipe do serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia funcional estereotáxica | 73 |
| Quadro 29 – Dimensionamento da equipe de enfermagem dos leitos clínicos em unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular adulto .. | 74 |
| Quadro 30 – Dimensionamento da equipe de enfermagem dos leitos clínicos em unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular pediátrica..... | 74 |
| Quadro 31 – Dimensionamento da equipe de enfermagem dos leitos cirúrgicos do serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular adulto | 76 |
| Quadro 32 – Dimensionamento da equipe para os leitos pós-operatório em alta complexidade em cirurgia cardiovascular adulto..... | 77 |
| Quadro 33 – Dimensionamento da equipe de enfermagem dos leitos cirúrgicos do serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica | 79 |
| Quadro 34 – Dimensionamento da equipe para os leitos pós-operatório em alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica | 80 |
| Quadro 35 – Dimensionamento da equipe mínima do serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista | 83 |
| Quadro 36 – Dimensionamento da equipe mínima no serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos endovasculares extracardíacos | 86 |
| Quadro 37 – Dimensionamento da equipe mínima para o serviço de assistência de alta complexidade em laboratório de eletrofisiologia | 88 |
| Quadro 38 – Dimensionamento da equipe mínima para o serviço de alta complexidade ao indivíduo com obesidade | 90 |
| Quadro 39 – Dimensionamento de equipe mínima para o centro de referência em assistência a queimados – alta complexidade | 94 |
| Quadro 40 – Dimensionamento da equipe do centro de referência em assistência a queimados – intermediário | 96 |
| Quadro 41 – Dimensionamento da equipe assistencial UTI-a tipo II | 99 |

| | |
|---|-----|
| Quadro 42 – Dimensionamento da equipe assistencial UTI-a tipo III..... | 100 |
| Quadro 43 – Dimensionamento da equipe assistencial UTI-P tipo II | 103 |
| Quadro 44 – Dimensionamento da equipe assistencial UTI-p tipo III | 105 |
| Quadro 45 – Dimensionamento da equipe assistencial UTI-N tipo II | 107 |
| Quadro 46 – Dimensionamento da equipe assistencial UTI-N tipo III | 109 |
| Quadro 47 – Dimensionamento da equipe assistencial UCI-a | 111 |
| Quadro 48 – Dimensionamento da equipe assistencial UCI-P..... | 112 |
| Quadro 49 – Dimensionamento da equipe assistencial UCINCo..... | 114 |
| Quadro 50 – Equipe multiprofissional ambulatorial de atenção especializada em DRC | 116 |
| Quadro 51 – Equipe mínima para DRC com hemodiálise | 117 |
| Quadro 52 – Equipe mínima para DRC com diálise peritoneal | 117 |
| Quadro 53 – Equipe para gestação de alto risco tipo 1 | 120 |
| Quadro 54 – Equipe para gestação de alto risco tipo 2 | 122 |
| Quadro 55 – Dimensionamento da equipe da casa da gestante, bebê e puérpera | 123 |
| Quadro 56 – Dimensionamento da equipe mínima para o centro obstétrico..... | 127 |
| Quadro 57 – Dimensionamento da equipe do banco de leite humano e lactário | 129 |
| Quadro 58 – Dimensionamento da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN)..... | 130 |
| Quadro 59 – Hospitais e clínicas em geral | 131 |
| Quadro 60 – Hospital dia, unidades de pronto atendimento (UPA) e spa clínicos..... | 131 |
| Quadro 61 – Assistência nutricional e dietoterápica em serviço de terapia renal substitutiva | 132 |
| Quadro 62 – Assistência nutricional e dietoterápica em ambulatório e consultório .. | 132 |
| Quadro 63 – Assistência nutricional e dietoterápica em bancos de leite humano (BLH) e postos de coleta | 133 |
| Quadro 64 – Assistência nutricional e dietoterápica em lactários..... | 133 |
| Quadro 65 – Assistência nutricional e dietoterápica em centrais de terapia nutricional | 133 |
| Quadro 66 – Atenção nutricional domiciliar (pública e privada)..... | 133 |
| Quadro 67 – Dimensionamento do farmacêutico em farmácia clínica..... | 135 |
| Quadro 68 – Dimensionamento do técnico em farmácia da farmácia clínica | 137 |
| Quadro 69 – Dimensionamento das unidades hospitalares gerais de atendimento às urgências e emergências de tipo I e II..... | 139 |

| | |
|---|-----|
| Quadro 70 – Composição equipe mínima das unidades hospitalares gerais de atendimentos às urgências e emergências de tipo I..... | 140 |
| Quadro 71 – Composição equipe mínima das unidades hospitalares gerais de atendimento às urgências e emergências tipo II..... | 141 |
| Quadro 72 – Composição mínima para os cargos de médicos por especialidade nas unidades de referência em atendimento às urgências e emergências tipo I – cardiologia, pediatria e traumato-ortopedia..... | 142 |
| Quadro 73 – Composição do serviço de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação para as unidades de referência em atendimento às urgências e emergências tipo I | 143 |
| Quadro 74 – Composição alcançável para os cargos de médicos por especialidade nas unidades de referência em atendimento às urgências e emergências tipo I – cardiologia, pediatria e traumato-ortopedia | 143 |
| Quadro 75 – Composição mínima para os cargos de médico nas unidades de referência de atendimento às urgências e emergências tipo II, por especialidade | 145 |
| Quadro 76 – Composição do serviço de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação para as unidades de referência em atendimento às urgências e emergências tipo II..... | 145 |
| Quadro 77 – Equipe de suporte às unidades de referência de atendimento às urgências e emergências tipo II, por especialidade | 146 |
| Quadro 78 – Composição da equipe das unidades hospitalares de referência em atendimento às urgências e emergências tipo III..... | 147 |
| Quadro 79 – Composição do serviço de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação para as unidades de referência em atendimento às urgências e emergências tipo III..... | 147 |
| Quadro 80 – Equipe médica de suporte às unidades de referência de atendimento às urgências e emergências tipo III, por especialidade | 148 |
| Quadro 81 – Dimensionamento da equipe do centro de atendimento de urgência aos pacientes com AVC - tipo I..... | 150 |
| Quadro 82 – Dimensionamento da equipe em centro de atendimento de urgência aos pacientes com AVC - tipo II | 151 |
| Quadro 83 – Dimensionamento da equipe do centro de atendimento de urgência aos pacientes com AVC - tipo III | 152 |

| | |
|---|-----|
| Quadro 84 – Dimensionamento equipe CAPS I..... | 156 |
| Quadro 85 – Dimensionamento da equipe CAPS II..... | 156 |
| Quadro 86 – Dimensionamento da equipe CAPS II – diurno | 157 |
| Quadro 87 – Dimensionamento da equipe CAPS II – noturno | 158 |
| Quadro 88 – Dimensionamento da equipe CAPS II – final de semana e feriado..... | 158 |
| Quadro 89 – Dimensionamento da equipe CAPS i II..... | 159 |
| Quadro 90 – Dimensionamento da equipe CAPS ad II..... | 160 |
| Quadro 91 – Dimensionamento da equipe CAPS ad III – diurno..... | 161 |
| Quadro 92 – Dimensionamento da equipe CAPS ad III – noturno | 162 |
| Quadro 93 – Dimensionamento da equipe CAPS ad III – final de semana e feriado ... | 162 |
| Quadro 94 – Dimensionamento da equipe CAPS ad IV – diurno..... | 163 |
| Quadro 95 – Dimensionamento da equipe CAPS ad IV – noturno | 164 |
| Quadro 96 – Dimensionamento na atenção integral em violência sexual | 166 |
| Quadro 97 – Dimensionamento de equipe mínima do serviço de atenção especializada em doenças raras | 169 |
| Quadro 98 – Dimensionamento de equipe mínima do serviço de referência em doenças raras..... | 169 |
| Quadro 99 – Composição da equipe do centro de referência em osteogênese imperfeita | 171 |
| Quadro 100 – Tipos de especialidades dos centros especializados em reabilitação... | 172 |
| Quadro 101 – Dimensionamento da equipe mínima para leitos/unidades de reabilitação em hospital geral | 173 |
| Quadro 102 – Dimensionamento da equipe mínima do serviço de reabilitação auditiva | 176 |
| Quadro 103 – Dimensionamento da equipe mínima em centros de especialidade odontológica..... | 177 |
| Quadro 104 – Dimensionamento da equipe do laboratório de análises clínicas..... | 182 |
| Quadro 105 - Dimensionamento da equipe de triagem neonatal | 183 |
| Quadro 106 – Dimensionamento da equipe do laboratório de anatomia patológica..... | 185 |
| Quadro 107 – Dimensionamento da equipe assistencial de radiologia diagnóstica. .. | 185 |
| Quadro 108 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos exames de imagem..... | 186 |
| Quadro 109 - Dimensionamento da equipe assistencial de medicina nuclear | 187 |

| | |
|---|-----|
| Quadro 110– Dimensionamento da equipe médica de medicina nuclear | 188 |
| Quadro 111– Parametrização da duração e laudo dos exames de saúde da mulher..... | 188 |
| Quadro 112 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos diagnósticos materno infantil | 189 |
| Quadro 113 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos métodos gráficos em neurologia..... | 190 |
| Quadro 114 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos exames oftalmológicos | 191 |
| Quadro 115 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos exames em otorrinolaringologia | 192 |
| Quadro 116 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos exames de cardiologia | 193 |
| Quadro 117– Parametrização da duração dos exames e laudos dos exames de diagnósticos do sistema respiratório | 194 |
| Quadro 118 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos exames de diagnósticos de gastroendoscopia..... | 195 |
| Quadro 119 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos exames urológicos | 196 |
| Quadro 120 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos exames em hemoterapia | 197 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| PREFÁCIO | 18 |
| APRESENTAÇÃO | 20 |
| CAPÍTULO I – A GESTÃO DE PESSOAS NA REDE EBSE RH | 21 |
| CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL ASSISTENCIAL DA REDE EBSE RH | 24 |
| CAPÍTULO III – PARAMETRIZAÇÃO DA ÁREA ASSISTENCIAL | 29 |
| 1 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL..... | 29 |
| 2 AMBULATÓRIO..... | 31 |
| 3 HOSPITAL DIA | 34 |
| 3.1 Hospital Dia – Cirúrgico, Diagnósticos ou Terapêuticos | 35 |
| 3.2 Hospital Dia – Saúde Mental | 36 |
| 3.3 Hospital Dia – Geriátrico | 37 |
| 3.4 Hospital Dia – Fibrose Cística | 39 |
| 3.5 Hospital Dia – Pós-Transplante de Medula Óssea | 39 |
| 3.6 Hospital Dia – Unacon/Cacon | 40 |
| 4 INTERNAÇÃO HOSPITALAR | 41 |
| 4.1 Leitos Clínicos e Cirúrgicos | 42 |
| 4.2 Alojamento Conjunto | 44 |
| 4.3 Pediatria | 46 |
| 5 CENTRO CIRÚRGICO | 47 |
| 6 CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO | 52 |
| 6.1 Referência: Parecer Normativo N° 1/2024/Cofen | 53 |
| 6.2 Referência Sítio Funcional | 55 |
| 7 TRANSPLANTES | 57 |
| 7.1 Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos Para Transplantes | 57 |
| 7.2 Dimensionamento da Equipe Especializada em Transplantes | 59 |
| 7.2.1 Médicos (as) | 59 |
| 7.3 Equipe Técnica de Banco de Tecidos | 60 |

| | |
|--|-----|
| 7.4 Equipe Multiprofissional | 61 |
| 8 HEMOTERAPIA | 62 |
| 9 ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA | 64 |
| 9.1 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia | 65 |
| 9.2 Centro de Referência de Alta Complexidade em Neurologia | 67 |
| 9.2.1 Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Investigação e Cirurgia da Epilepsia | 68 |
| 9.2.2 Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Tratamento Endovascular | 70 |
| 9.2.3 Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia Funcional Estereotáxica | 72 |
| 10 ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE | 73 |
| 10.1 Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular | 74 |
| 10.2 Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica | 77 |
| 11 HEMODINÂMICA E ELETROFISIOLOGIA | 80 |
| 11.1 Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista | 82 |
| 11.2 Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos | 84 |
| 11.3 Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia | 87 |
| 12 ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO INDIVÍDUO COM OBESIDADE | 89 |
| 13 CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS | 92 |
| 13.1 Centros de Referência em Assistência a Queimados – Alta Complexidade | 92 |
| 13.2 Centros de Referência em Assistência a Queimados – Intermediário | 95 |
| 14 UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIÁRIOS | 97 |
| 14.1 Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo II | 98 |
| 14.2 Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo III | 100 |
| 14.3 Unidade de Terapia Intensiva Coronariana e Unidade de Terapia Intensiva para Queimados | 101 |
| 14.4 Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Tipo II | 101 |

| | |
|---|-----|
| 14.5 Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Tipo III | 104 |
| 14.6 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II e III | 106 |
| 14.7 Unidade de Cuidado Intermediário Adulto | 110 |
| 14.8 Unidade de Cuidado Intermediário Pediátrica | 111 |
| 14.9 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal | 112 |
| 14.10 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru | 114 |
| 15 DIÁLISE PARA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA | 115 |
| 16 ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA – TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA PARA PACIENTES CRÔNICOS..... | 115 |
| 17 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO | 117 |
| 17.1 Ambulatório Especializado de Gestação de Alto Risco | 118 |
| 17.2 Serviços Hospitalares de Referência à Gestação de Alto Risco | 119 |
| 18 CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA | 122 |
| 19 CENTRO DE PARTO NORMAL | 124 |
| 20 CENTRO OBSTÉTRICO | 126 |
| 21 BANCO DE LEITE E LACTÁRIO | 128 |
| 22 NUTRIÇÃO CLÍNICA | 129 |
| 22.1 NUTRICIONISTA | 130 |
| 23 FARMÁCIA HOSPITALAR | 134 |
| 24 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS | 137 |
| 24.1 Unidades Gerais | 139 |
| 24.2 Unidades de Referência | 141 |
| 24.2.1 Recursos Humanos | 141 |
| 25 CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL | 148 |
| 25.1 Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC – Tipo I | 149 |
| 25.2 Centro De Atendimento De Urgência aos Pacientes com AVC – Tipo II | 150 |
| 25.3 Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC – Tipo III | 151 |

| | |
|---|-----|
| 26 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL | 152 |
| 27 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL | 154 |
| 27.1 CAPS I | 155 |
| 27.2 CAPS II | 156 |
| 27.3 CAPS III | 157 |
| 27.4 CAPS i II | 158 |
| 27.5 CAPS ad II | 159 |
| 27.6 CAPS ad III | 160 |
| 27.7 CAPS ad IV | 162 |
| 28 ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO ÂMBITO DOS SUS | 164 |
| 29 ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS | 166 |
| 30 CENTRO DE REFERÊNCIA EM TRATAMENTO DE OSTEOGÊNESE IMPERFEITA..... | 170 |
| 31 CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER) | 172 |
| 32 REABILITAÇÃO AUDITIVA | 174 |
| 33 CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA (CEO) | 177 |
| 34 ATENÇÃO DOMICILIAR | 177 |
| 34.1 Médico | 178 |
| 34.2 Enfermeiro | 178 |
| 34.3 Fisioterapeuta/ Assistente Social | 178 |
| 34.4 Técnico em Enfermagem | 179 |
| 34.5 Equipe Multiprofissional de Apoio | 179 |
| 35 SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO | 180 |
| 35.1 Laboratório de Análises Clínicas | 181 |
| 35.2 Laboratório de Anatomia Patológica | 184 |
| 35.3 Serviço de Radiologia Diagnóstica | 185 |
| 35.4 Medicina Nuclear | 186 |
| 35.5 Diagnósticos em Saúde da Mulher | 188 |
| 35.6 Diagnósticos Materno – Infantil | 189 |
| 35.7 Métodos Gráficos em Neurologia | 190 |
| 35.8 Diagnósticos em Oftalmologia | 190 |

| | |
|---|-----|
| 35.9 Diagnósticos em Otorrinolaringologia | 191 |
| 35.10 Métodos Gráficos em Cardiologia | 192 |
| 35.11 Diagnóstico do Sistema Respiratório | 193 |
| 35.12 Diagnósticos em Gastroenterologia | 194 |
| 35.13 Diagnóstico em Urologia | 195 |
| 35.14 Diagnóstico em Hematologia | 196 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 198 |
| REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA | 200 |

PREFÁCIO

A Diretoria de Gestão de Pessoas (DGP) da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) tem a honra de apresentar o Manual Técnico de Dimensionamento de Pessoal para Áreas Assistenciais.

O planejamento da força de trabalho compõe um rol de ações estratégicas da DGP, visando garantir o atendimento às demandas organizacionais, atuais e futuras, da Rede Ebserh de Hospitais Universitários Federais e da Administração Central da Estatal. O dimensionamento de pessoal assistencial é uma etapa fundamental nesse processo de planejamento.

A consolidação de uma assistência em saúde qualificada, segura e centrada no paciente exige o comprometimento contínuo com práticas de gestão que valorizem o trabalho multiprofissional e reconheçam o papel estratégico dos trabalhadores e das trabalhadoras no funcionamento das instituições hospitalares. No contexto da Rede Ebserh, composta por Hospitais Universitários Federais (HUF) de alta complexidade, o dimensionamento adequado das equipes assistenciais é um componente essencial para assegurar a resolutividade e a qualidade do cuidado, bem como o cumprimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), além de contribuir com a qualificação dos cenários de ensino, pesquisa e inovação nesses ambientes.

O Manual Técnico de Dimensionamento de Pessoal para Áreas Assistenciais ora apresentado tem por objetivo consolidar referências legais, normativas e científicas que orientem a estruturação e o planejamento das equipes de saúde no âmbito da Ebserh. Trata-se de um instrumento técnico que busca aprimorar as práticas de gestão de pessoas nos HUF sob gestão da estatal, oferecendo suporte aos gestores no processo decisório, com base em parâmetros de dimensionamento de pessoal atualizados e contextualizados à realidade da Rede Ebserh.

Esperamos que este manual seja amplamente utilizado como guia e fonte de consulta, contribuindo para o fortalecimento do planejamento e da gestão da força de trabalho em saúde, bem como para a melhoria contínua da assistência, da

formação profissional e da produção de conhecimento, pilares que integram a missão da Ebserh.

Luciana de Gouvêa Viana
Diretora de Gestão de Pessoas
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

APRESENTAÇÃO

Este Manual Técnico de Dimensionamento de Pessoal para Áreas Assistenciais foi elaborado com o objetivo de subsidiar os(as) gestores(as) dos Hospitais Universitários Federais vinculados à Rede Ebserh na tomada de decisões relativas à composição, quantificação e alocação das equipes assistenciais.

O material contempla diretrizes fundamentadas em portarias ministeriais, resoluções de conselhos de classe, normativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, marcos legais vigentes e literatura técnico-científica atualizada, articuladas à complexidade das unidades assistenciais, às características dos serviços prestados e às necessidades dos usuários do SUS.

A proposta deste Manual Técnico é oferecer uma base técnica sólida para o planejamento de pessoal, respeitando a diversidade dos contextos institucionais e promovendo o alinhamento com os princípios da eficiência, equidade e integralidade do cuidado. Além disso, busca fomentar práticas de monitoramento e avaliação permanentes, que contribuam para a gestão estratégica da força de trabalho na Rede.

Acreditamos que o fortalecimento das práticas de dimensionamento, com base em parâmetros assistenciais bem definidos, representa um avanço significativo na qualificação da gestão hospitalar e no compromisso da Ebserh com a excelência na prestação dos serviços de saúde e na formação de profissionais no âmbito do ensino, da pesquisa e da inovação.

Heli Santos Vieira da Costa
Coordenador de Planejamento de Pessoal
Diretoria de Gestão de Pessoas
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

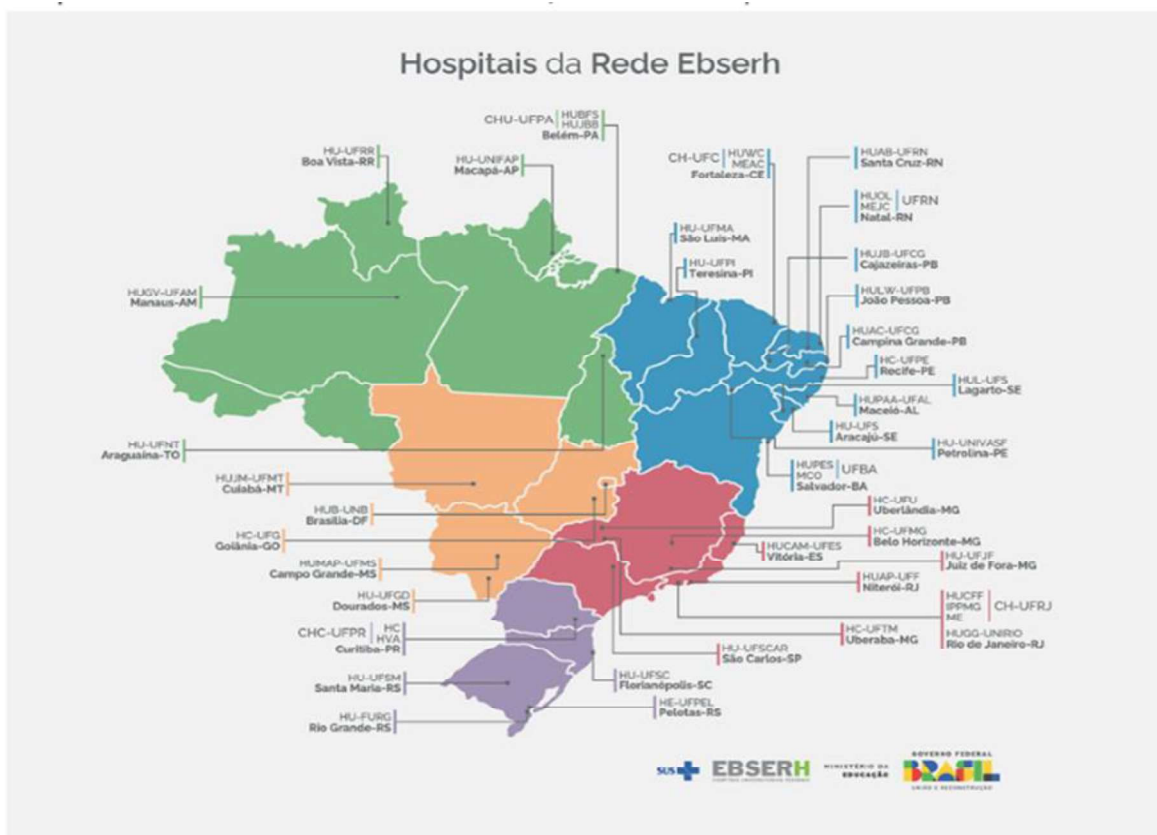
CAPÍTULO I

A GESTÃO DE PESSOAS NA REDE EBSERH

A Ebserh foi criada por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, como uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC), com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública.

Trata-se da maior rede de hospitais públicos do Brasil. Suas atividades unem dois dos maiores desafios do país, educação e saúde, melhorando a qualidade de vida de milhões de brasileiros, por meio da atuação de uma rede que inclui a Administração Central da Empresa, localizada em Brasília, e 45 Hospitais Universitários Federais (HUF), distribuídos no Distrito Federal e em outros 23 estados. Esses hospitais exercem papel estratégico como centros de referência em média e alta complexidade no âmbito do SUS, assumindo um papel de destaque para a sociedade.

Figura 1 – Hospitais Universitários da Rede Ebserh



Fonte: Rede Ebserh (Ebserh, 2024).

A criação da Ebserh sob a forma de empresa pública de direito privado alçou os Hospitais Universitários Federais sob sua gestão a patamares mais elevados de eficiência e controle administrativos, bem como de transparência em todas as dimensões de sua atuação.

Para a assunção da gestão dos HUF pela Ebserh, os serviços assistenciais prestados por essas instituições à sociedade e sua capacidade de trabalho são criteriosamente redimensionados para atender às necessidades loco-regionais e melhorar a sustentabilidade econômico-financeira desses hospitais.

Nesse contexto, a DGP é a área responsável por planejar, administrar e monitorar a força de trabalho, tanto na Administração Central, quanto nas unidades hospitalares afiliadas, gerenciadas por meio de Contrato de Gestão Especial assinado entre a estatal e as respectivas Universidades Federais. Também é de sua competência a elaboração de estudos sobre o dimensionamento de pessoal, em

consonância com a cadeia de valor, os processos de trabalho e as necessidades quantitativas e qualitativas de recursos humanos para as unidades da Rede Ebserh.

Segundo a Portaria SEDGG/ME nº 7.888/2022, o dimensionamento da força de trabalho é definido como um “instrumento de gestão de pessoas que visa estimar o quantitativo ideal de pessoas para realizar um conjunto de entregas com foco em resultado, considerando o contexto e as características da força de trabalho.”

A gestão da força de trabalho é orientada para o aprimoramento de mecanismos relacionados ao provimento de pessoal, sendo as equipes compostas por profissionais de diferentes áreas e saberes, com foco na execução da assistência e na horizontalização do cuidado integral ao usuário.

O Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal (Sedimp), vinculado à Coordenadoria de Planejamento de Pessoal da DGP, é o setor responsável pelo dimensionamento e monitoramento da força de trabalho da Ebserh, além de gerenciar o quadro de pessoal autorizado pela Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais do Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos (SEST – MGI).

No âmbito dos HUF, a Divisão de Gestão de Pessoas (DivGP), componente da estrutura de cada unidade hospitalar, é responsável pelo acompanhamento da força de trabalho, em articulação com o Sedimp.

O dimensionamento de pessoal da Ebserh configura uma etapa do planejamento da força de trabalho, voltada à composição do quadro de pessoal. Esse processo segue os normativos vigentes, com o objetivo de garantir a equipe mínima necessária ao desenvolvimento das atividades de assistência hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade. Além disso, contempla os eixos do ensino, da pesquisa e da inovação tecnológica, utilizando como referência 100% da taxa de ocupação, de acordo com a capacidade instalada, atual e projetada.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA DE DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL ASSISTENCIAL DA REDE EBSERH

A metodologia de dimensionamento da força de trabalho da área assistencial da Rede Ebserh está pautada nas seguintes diretrizes:

- Identificar estratégias e oportunidades que garantam o efetivo adequado de profissionais de saúde na Rede Ebserh;
- Atender aos perfis assistenciais específicos de cada instituição da Rede;
- Utilizar conhecimentos atualizados, novos saberes e modelos técnico-científicos para aprimorar continuamente a ferramenta de dimensionamento;
- Auxiliar os gestores na tomada de decisão quanto à alocação do quadro de pessoal assistencial.

Ao longo do tempo, essa metodologia vem sendo progressivamente aperfeiçoada com a incorporação de melhorias advindas de bases técnico-científicas e da experiência acumulada na Rede Ebserh. Os parâmetros e a mensuração do quantitativo de profissionais necessários ao atendimento assistencial consideram:

- As necessidades epidemiológicas da população adstrita;
- As linhas de cuidado;
- A infraestrutura física disponível;
- A produção assistencial e seu grau de complexidade;
- As exigências do ensino, da pesquisa e da inovação;
- A obrigatoriedade das equipes mínimas, conforme previsto em legislação;
- A estrutura organizacional;
- As diretrizes de gestão; e
- Os serviços preconizados pela Ebserh.

Ao final, tem-se como objetivo garantir a oferta de serviços com segurança e qualidade ao usuário do SUS e assegurar a efetividade dos processos de trabalho desenvolvidos.

O resultado do estudo de dimensionamento de pessoal é peça fundamental na solicitação de autorização do quadro de vagas junto à SEST-MGI, visando à obtenção do quantitativo necessário para a execução dos diversos processos de trabalho e o pleno funcionamento dos serviços planejados.

A metodologia utilizada pelo Sedimp se baseia no cálculo por área assistencial. Para isso, são consideradas as seguintes cargas horárias semanais por categoria profissional, conforme estabelecido no Plano de Cargos, Carreiras e Salários - PCCS (Ebserh, 2024):

Quadro 1 – Carga horária dos cargos da Rede Ebserh

| CARGOS | CARGA HORÁRIA |
|--------------------------------------|---------------|
| Advogado | 40 horas |
| Analista administrativo | 40 horas |
| Analista de tecnologia da Informação | 40 horas |
| Arquiteto | 40 horas |
| Assistente administrativo | 40 horas |
| Assistente social | 30 horas |
| Biólogo | 40 horas |
| Biomédico | 40 horas |
| Cirurgião dentista | 30 horas |
| Profissional de educação física | 40 horas |
| Enfermeiro | 36 horas |
| Engenheiro | 40 horas |
| Farmacêutico | 40 horas |
| Físico | 40 horas |
| Fisioterapeuta | 30 horas |
| Fonoaudiólogo | 30 horas |

| | |
|--------------------------------------|----------|
| Jornalista | 25 horas |
| Médicos | 24 horas |
| Nutricionista | 40 horas |
| Pedagogo | 40 horas |
| Psicólogo | 40 horas |
| Técnico em análises clínicas | 40 horas |
| Técnico em citopatologia | 40 horas |
| Técnico em contabilidade | 40 horas |
| Técnico em farmácia | 40 horas |
| Técnico em necropsia | 40 horas |
| Técnico em radiologia/ radioterapia | 24 horas |
| Técnico em saúde bucal | 40 horas |
| Técnico em segurança do trabalho | 40 horas |
| Técnico em enfermagem | 36 horas |
| Tecnólogo | 40 horas |
| Tecnólogo em radiologia/radioterapia | 24 horas |
| Terapeuta ocupacional | 30 horas |

Fonte: Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) – Ebserh, 2024.

Os dados e informações necessários ao dimensionamento são obtidos, inicialmente, a partir do Relatório de Serviços Assistenciais, elaborado pela Diretoria de Atenção à Saúde (DAS), ou por meio de template de informações preenchido pelo próprio hospital. Nesses documentos, estão consolidadas as seguintes informações:

- Perfil assistencial;
- Habilitações junto ao SUS;
- Serviços e classificação;
- Produção assistencial;
- Projeções de ampliação;
- Capacidade instalada (leitos, salas cirúrgicas, ambulatórios, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico);

- Grau de complexidade dos serviços existentes.

Os dados de produtividade e as informações assistenciais são inseridos na ferramenta intitulada Simulação de Dimensionamento de Pessoal, uma planilha que permite o cálculo da equipe assistencial. A parametrização da ferramenta considera as legislações vigentes, o tipo do HUF, a taxa de ocupação, a produção assistencial, os horários de funcionamento dos serviços, os equipamentos e a respectiva oferta de procedimentos, além das habilitações junto ao SUS.

O objetivo é alinhar o perfil assistencial requerido ao quantitativo de profissionais necessários à execução dos serviços definidos. Além disso, são consideradas as particularidades de cada hospital, incluindo a descrição da estrutura física, administrativa e organizacional.

A realização das visitas técnicas aos HUF é uma etapa do processo de dimensionamento que possibilita a participação ativa da equipe responsável na aplicação dos instrumentos utilizados. Nessas visitas, são verificadas as especificidades da instituição, valorizando-se a experiência prática dos profissionais responsáveis pelas diversas áreas assistenciais, de ensino e pesquisa.

Vale ressaltar que o dimensionamento possui caráter dinâmico, pois depende de diversos fatores, tais como: alterações em legislações e normas profissionais, inovações tecnológicas, adaptações nos fluxos administrativos, entre outros.

Embora seu principal embasamento seja a legislação vigente, é fundamental considerar também as potencialidades associadas à temática, que favorecem a reflexão crítica sobre os processos de trabalho e influenciam diretamente a parametrização assistencial em saúde.

O resultado do dimensionamento é a estimativa do quadro de pessoal necessário para cada hospital, detalhado por unidade, cargo e especialidade. Este considera, além da carga horária da categoria profissional (**Quadro 1**), as variáveis relacionadas ao tempo de funcionamento do serviço, conforme apresentado no **Quadro 2**.

Quadro 2 – Variáveis utilizadas para o cálculo de dimensionamento

| VARIÁVEIS | PARÂMETROS |
|----------------------------|-------------------------|
| Número de semanas/mês | 4,4 Semanas |
| Dias úteis do mês | 22 Dias |
| Dias do mês | 30.8 Dias |
| Turno para médico diarista | 4 Horas/Dia |
| Plantões | 6 Horas ou 12 Horas/Dia |

Fonte: EBSE RH/DGP/ CPP/Sedimp, 2026.

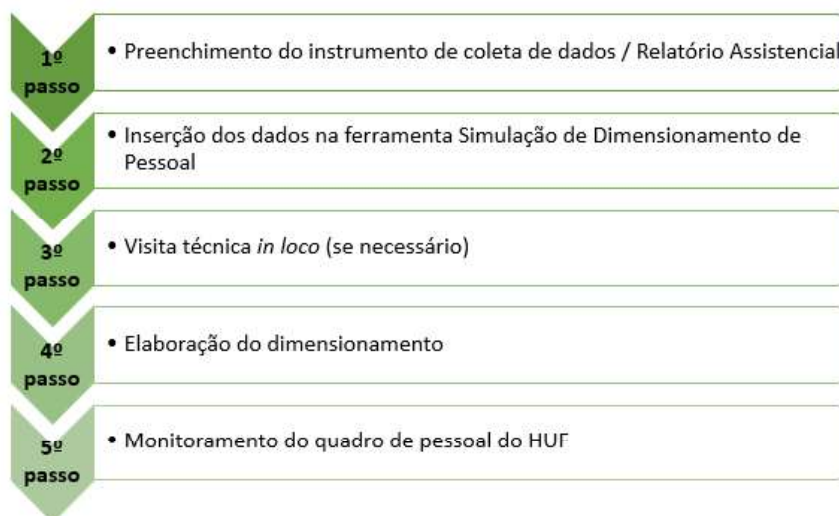
Para a aplicação da metodologia de dimensionamento da força de trabalho, o mês é subdividido em três classificações fundamentais:

- Quantitativo de semanas por mês;
- Número de dias úteis;
- Dias do mês.

Considerando os 22 dias úteis dentro do mês e devido à variabilidade dos meses, de 30 ou 31 dias, considerou-se 5 (cinco) semanas e, dividido por esse valor, obtêm-se como resultado de 4,4, que, multiplicado por 7 (sete) dias, chega ao valor de 30,8 dias do mês.

A Figura 2 apresenta a descrição do dimensionamento de pessoal dos profissionais da área assistencial ensejando o passo a passo para composição das equipes mínimas.

Figura 2 – Passo a passo do dimensionamento de pessoal dos profissionais assistenciais



Fonte: EBSEH/DGP/ CPP/Sedimp, 2026.

CAPÍTULO III

PARAMETRIZAÇÃO DA ÁREA ASSISTENCIAL

Para a composição das equipes assistenciais, a Rede Ebserh buscou compreender as necessidades dos diversos tipos de serviços que integram as unidades hospitalares e ambulatoriais, sob a perspectiva da atenção integral em saúde. Essa atuação observa as normas e legislações vigentes relativas ao funcionamento dos serviços de saúde e está articulada ao exercício legal das profissões, incentivando, ainda, os profissionais a atuarem como facilitadores da educação em saúde, por meio das preceptorias.

Nesse capítulo são apresentadas as normas, legislações e parâmetros utilizados para dimensionamento das equipes assistenciais.

1. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A equipe multiprofissional que atua nas instituições de saúde é composta por profissionais de diversas áreas, voltados à assistência com o objetivo de promover

ações do cuidado, respeitando a autonomia nas diferentes dimensões da saúde individual e promovendo o bem-estar, abrangendo os aspectos físico, mental e social.

O dimensionamento dos profissionais de saúde que compõem a Equipe Multiprofissional é realizado com base em critérios como o número de procedimentos/consultas realizados por mês e o número de leitos hospitalares, conforme demonstrado no **Quadro 3**.

Quadro 3 – Dimensionamento da equipe multiprofissional – I

| CARGO | QUANTIDADE |
|-----------------------------------|------------------|
| Assistente social | 1 para 30 leitos |
| Fisioterapeuta | 1 para 20 leitos |
| Fonoaudiólogo | 1 para 30 leitos |
| Psicólogo – psicologia hospitalar | 1 para 30 leitos |
| Terapeuta ocupacional | 1 para 30 leitos |

Fonte: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

No caso dos cargos de profissional de educação física e pedagogo, foi definido um quantitativo padrão, de acordo com a tipagem de cada hospital, conforme descrito a seguir:

Quadro 4 – Dimensionamento da equipe multiprofissional – II

| TIPO DO HOSPITAL | QUANTIDADE |
|------------------|------------|
| Complexo | 2 |
| Tipo I | 2 |
| Tipo II | 1 |
| Tipo III | 1 |
| Tipo IV | 1 |

Fonte: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

O Conselho Federal de Educação Física (Confef) definiu as competências e a atuação do profissional de educação física no contexto hospitalar por meio da Resolução nº 391/2020, a qual reconhece e legitima a importância das intervenções baseadas em exercícios físicos para a reabilitação do quadro clínico dos pacientes.

No que se refere à pedagogia hospitalar, trata-se de uma modalidade da educação especial que exerce um papel fundamental ao integrar o processo educativo no contexto hospitalar, atendendo crianças e adolescentes em idade escolar que necessitam de internação hospitalar para o restabelecimento da saúde.

No âmbito dos HUF, essa atuação visa fomentar alternativas de acesso à educação, assegurando o direito à aprendizagem”, mesmo em situações de internação hospitalar. Tal iniciativa está em consonância com o Art. 4º da Lei nº 13.716/2018, que estabelece:

É assegurado atendimento educacional, durante o período de internação, ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado.

2. AMBULATÓRIO

A Portaria MS/GM nº 356/2002, do Ministério da Saúde, define o ambulatório como o local onde se presta assistência em regime de não internação, sendo uma modalidade de atuação realizada por um ou mais integrantes da equipe de saúde.

Os ambulatórios dos HUF da Rede Ebsers são classificados como unidades de atenção especializada e integram as regiões de saúde do SUS, constituindo-se como espaços que possibilitam a prática na formação dos alunos de graduação e especialização.

Para o dimensionamento de pessoal do ambulatório, devem ser considerados os seguintes aspectos:

- Número de horas de funcionamento por dia;
- Número de dias de funcionamento por semana;
- Número de consultas por profissional e por especialidade ou sua estimativa;
- Número de salas de consulta;

- Número de salas de procedimentos;
- Número de cadeiras odontológicas;
- Número de poltronas, cadeiras ou macas para procedimentos e medicações;
- Hora assistencial por categoria profissional, considerando a jornada de trabalho semanal;
- Quantitativo da equipe por turno de funcionamento.

As definições para fins de parametrização da hora assistencial, realizadas por categorias ou especialidades profissionais, seguem os critérios estabelecidos no **Quadro 5**.

Quadro 5 – Parametrização das horas assistenciais por consulta do ambulatório

| CARGO-ESPECIALIDADE | JORNADA SEMANAL | HORA ASSISTENCIAL |
|------------------------------------|-----------------|-------------------|
| Médico – Ginecologia e Obstetrícia | 24 | 0,5 ¹ |
| Médico – Neurologia | 24 | 0,5 ¹ |
| Médico – Geriatria | 24 | 0,5 ¹ |
| Médico – Neonatologia | 24 | 0,5 ¹ |
| Médico – Oftalmologia | 24 | 0,5 ¹ |
| Médico – Pediatria | 24 | 0,5 ¹ |
| Médico – Psiquiatria | 24 | 0,5 ¹ |
| Médico – Psicogeriatria | 24 | 0,5 ¹ |
| Médico – Genética | 24 | 1 ¹ |
| Demais especialidades médicas | 24 | 0,3 ¹ |
| Enfermeiro | 36 | 0,42 ¹ |
| Cirurgião dentista | 30 | 0,5 ¹ |
| Fisioterapeuta | 30 | 0,5 ¹ |
| Fonoaudiólogo | 30 | 0,75 ¹ |

| | | |
|-----------------------|----|-------------------|
| Terapeuta ocupacional | 30 | 0,75 ¹ |
| Assistente social | 30 | 0,75 ¹ |
| Farmacêutico | 40 | 0,5 ¹ |
| Nutricionista | 40 | 0,75 ¹ |
| Psicólogo | 40 | 1 ¹ |

Fontes: EBSEH/DAS/CGAH/SPA, 2026¹, Parecer Coren-SP nº 004/2019², Brasil/2018³, Resolução Coffito nº 444/2014⁴, Resolução CFFa Nº 448/2016⁵, Resolução COFFITO nº 445/2014⁶, Bertonha/2018⁷, Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde – São Paulo/2017⁸, Resolução CFN nº 600/2018⁹, Nota técnica CRP – 09003/2019¹⁰.

A Ebserh estabelece, para fins de dimensionamento de pessoal de apoio nos ambulatórios, os parâmetros descritos no **Quadro 6**.

Quadro 6 – Quantitativo da equipe de apoio do ambulatório

| | |
|------------------------------|--|
| Sala de Consulta | 1 Enfermeiro para cada 10 salas de consulta em funcionamento 1 Técnico em Enfermagem para cada 6 salas de consulta em funcionamento |
| Sala de Procedimentos | 1 Enfermeiro para 3 salas de procedimentos em funcionamento 1 Técnico em Enfermagem por sala de procedimento em funcionamento |
| Cadeira Odontológica | 1 Técnico em Saúde Bucal para cada cadeira odontológica em funcionamento |

Fonte: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

Caso haja, nas instalações do ambulatório, Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação Anestésica e Central de Materiais Esterilizado, deverão ser aplicados os parâmetros específicos para o dimensionamento desses setores conforme estabelecido nesse Manual Técnico.

3. HOSPITAL DIA

De acordo com a Portaria MS/GM nº 44/2001, o Hospital-Dia é definido como um “serviço de assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas”.

Os estabelecimentos de saúde que oferecem Hospital Dia devem atender a múltiplas especialidades. Para fins de dimensionamento de pessoal, foram consideradas as seguintes modalidades:

- Cirúrgico, diagnóstico e terapêutico;
- Saúde mental;
- AIDS;
- Geriatria;
- Fibrose cística;
- Pós-transplante de medula óssea.
- O dimensionamento da força de trabalho deve considerar: tipos e especialidades do hospital dia existentes no HUF;
 - Total de leitos por tipo/especialidade;
 - Horas diárias de funcionamento por tipo/especialidade.

A Portaria MS/GM nº 44/2001, republicada pela Portaria de Consolidação nº 2/2017, estabelece que, durante todo o período de funcionamento, as unidades de Hospital Dia devem contar com equipe mínima de plantão composta por:

- Um(a) médico(a);
- Um(a) enfermeiro(a);
- Técnicos(as) em enfermagem em número suficiente, correspondente ao total de leitos disponíveis.

A equipe mínima composta por médico(a), enfermeiro(a) e técnico(a) em enfermagem é padronizada para as diferentes modalidades de Hospital-Dia, conforme estabelecido pela legislação vigente.

Para o cargo de médico(a) e equipe de enfermagem, quando não há quantitativo definido em legislação, adotou-se, como referência de dimensionamento, de forma análoga, o mesmo parâmetro utilizado para o hospital dia – saúde mental, conforme quadro abaixo:

Quadro 7 – Dimensionamento do hospital dia: médico, enfermeiro e técnico em enfermagem

| CARGOS | QUANTIDADE |
|-----------------------|--|
| Médico | 1 para 30 pacientes/dia, por turno de 4h ¹ |
| Enfermeiro | 1 para 30 pacientes/dia, por turno de 4h ¹ |
| Técnico em enfermagem | Conforme Sistema de Classificação de Paciente, considerando os pacientes como cuidado mínimo ou intermediário ² |

Fontes: Portaria de Consolidação nº 2/2017¹; Parecer Normativo do Cofen nº 01/2024².

Com base nessas diretrizes, seguem-se os parâmetros de dimensionamento da força de trabalho da área assistencial aplicáveis às diferentes modalidades de hospital dia.

3.1 Hospital dia – cirúrgico, diagnósticos ou terapêuticos

A abordagem diagnóstica objetiva a identificação de determinadas doenças ou disfunções orgânicas, sendo clínica, laboratorial ou por procedimentos de imagem.

Na estrutura do hospital dia, para que sejam atendidos os requisitos necessários à realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, a unidade deve dispor dos seguintes ambientes:

- Centro cirúrgico, com salas cirúrgicas equipadas;
- Centro de esterilização e desinfecção de materiais;
- Sala de recuperação anestésica.

O dimensionamento da equipe para essas áreas deve seguir os mesmos critérios estabelecidos para o Centro Cirúrgico, conforme descrito no corpo desse Manual Técnico, em tópico próprio.

Já para o hospital dia, por analogia, o dimensionamento da equipe deve seguir os parâmetros definidos no **Quadro 7**.

3.2 Hospital dia – saúde mental

Conforme a Portaria MS/GM nº 44/2001, as unidades de hospital dia – saúde mental devem ofertar as atividades terapêuticas e de cuidado ora elencadas:

- Atendimento individual;
- Atendimento em grupo;
- Visitas domiciliares;
- Atendimento à família;
- Atividades comunitárias.

A equipe mínima deve ser composta por profissionais de diferentes áreas, configurando a multidisciplinaridade capaz de atender às diversas necessidades dos(as) usuários(as) e promover a sua reintegração social.

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 2/2017, o dimensionamento da equipe deve considerar a quantidade de atendimentos por dia, em turnos de 4 (quatro) horas, conforme especificado no **Quadro 8**.

Quadro 8 – Dimensionamento hospital dia – saúde mental

| CARGO | QUANTIDADE | DIMENSIONAMENTO |
|---------------------------------|--|---|
| Médico | 1 | Para 30 pacientes/dia, por turno de 4h ¹ |
| Enfermeiro | 1 | |
| Profissionais de nível superior | 4 profissionais* | |
| Técnico em enfermagem | Conforme Sistema de Classificação de Paciente, considerando os pacientes como cuidado mínimo ou intermediário ² | |

Fontes: Portaria de Consolidação nº 2/2017¹; Parecer Normativo do COFEN nº01/2024.²

*Os profissionais de nível superior podem ser Psicólogo, Assistente social, Terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário.

3.3 Hospital dia – geriátrico

A Portaria MS/GM nº 2.414/1998 estabelece que o hospital dia geriátrico deve ofertar atendimentos voltados a pessoas idosas com agravos à saúde que demandam cuidados, orientação terapêutica e reabilitação, com o objetivo de evitar longas internações em leitos hospitalares.

Para o dimensionamento da força de trabalho dessas unidades, utilizou-se como base a Portaria MS/SAS nº 249/2002, que define variáveis fundamentais para esse processo, como:

- Horários de funcionamento, que podem ser de 6 (seis) ou 12 (doze) horas diárias;
- Número de pacientes atendidos por turno.

A descrição do dimensionamento para hospital dia – geriátrico encontra-se no **Quadro 9**.

Quadro 9 – Dimensionamento de equipe multidisciplinar para hospital dia – geriátrico

| EQUIPE | CARGO | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE |
|--------------------------|-----------------------|--|---------------------|
| Equipe Básica | Enfermeiro | Com competência na área de Geriatria, | 2 para 20 pacientes |
| | Técnico em enfermagem | com jornada de trabalho de 36 horas semanais | 8 para 20 pacientes |
| | Médico | Assistente com competência na área de Geriatria, com jornada de trabalho de 04 horas/dia | 1 para 20 pacientes |
| | Assistente social | Com competência na área de Geriatria | |
| Equipe Multiprofissional | Terapeuta ocupacional | Dimensionamento conforme necessidade detectada pela equipe básica | |
| | Fisioterapeuta | | |
| | Nutricionista | | |
| | Farmacêutico | | |
| | Fonoaudiólogo | | |
| | Odontólogo | | |
| | Psicólogo | | |

Fonte: Portaria MS/SAS nº 249/2002.

A equipe ampliada não necessita ser exclusiva do serviço, podendo ser composta por profissionais dimensionados(as) em outros setores da unidade hospitalar.

3.4 Hospital dia – fibrose cística

Serviço destinado a pessoas com fibrose cística, com objetivo de realizar acompanhamento e avaliação periódica, visando a prevenção de complicações decorrentes da patologia.

A Portaria MS/SAS nº 44/2001 define os parâmetros operacionais relacionados aos recursos humanos necessários para o atendimento a pacientes com fibrose cística, estabelecendo a seguinte composição da equipe:

- Pediatra;
- Pneumologista;
- Gastroenterologista;
- Cardiologista;
- Otorrinolaringologista;
- Fisioterapeuta;
- Enfermeiro;
- Psicólogo;
- Assistente social;
- Outros profissionais necessários à realização das atividades.

Para o cumprimento dessa normativa, por analogia, o dimensionamento da equipe deve seguir os parâmetros definidos no **Quadro 7**.

3.5 Hospital dia – pós-transplante de medula óssea

Para a realização dos atendimentos em hospital dia destinados a pacientes transplantados, consideram-se aqueles que necessitam de intervenções no período pré e/ou pós-procedimento.

No caso específico do Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH), existem duas modalidades:

- Autólogo: as células-tronco são do próprio paciente;
- Alogênico: as células-tronco são provenientes de um doador compatível.

Devido às especificidades do cuidado e à complexidade clínica envolvida, a equipe deve ser composta por:

- Hematologista ou Oncologista;
- Pediatra;
- Enfermeiro(a), auxiliares e técnicos(as) em enfermagem;
- Oftalmologista;
- Nutricionista;
- Assistente social;
- Psicólogo(a);
- Fisioterapeuta;
- Odontólogo(a).

O dimensionamento do cargo de médico e da equipe de enfermagem deve seguir os critérios estabelecidos no **Quadro 7**.

3.6 Hospital dia – Unacon/Cacon

Os estabelecimentos de saúde habilitados como Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) devem oferecer assistência geral, especializada e integral ao paciente com câncer, atuando desde o diagnóstico até o tratamento.

A Portaria SAES/MS nº 688/2023 trata da atenção especializada que abrange sete modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia, reabilitação, controle de dor e cuidados paliativos.

Conforme a Portaria de Consolidação MS/SAES nº 1/2022, nos hospitais habilitados como Unacon ou Cacon, que realizam procedimentos de cirurgia oncológica, deverão ser previstos profissionais médicos nas seguintes especialidades, conforme demanda cirúrgica identificada:

- Cirurgia Geral;
- Cirurgia do Aparelho Digestivo;
- Coloproctologia;

- Ginecologia;
- Mastologia;
- Urologia;
- Cirurgia Cabeça e Pescoço;
- Cirurgia de Pele e Cirurgia Plástica;
- Cirurgia Torácica;
- Cirurgia de Ossos e Partes Moles;
- Neurocirurgia;
- Oftalmologia.

A presença dessas especialidades está condicionada à existência de demanda cirúrgica efetiva, devendo ser considerada a complexidade dos casos atendidos e a produção cirúrgica oncológica da instituição.

4. INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Conforme o anexo da Portaria ME/FNDE nº 312/2022, que trata da Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar, a internação hospitalar é conceituada como o atendimento realizado em local destinado à admissão de pacientes para ocupação de leito por um período igual ou superior a 24 horas, de forma ininterrupta.

Para o dimensionamento da força de trabalho na internação hospitalar, devem ser consideradas as seguintes informações gerais:

- Número de leitos por especialidade;
- Sistema de Classificação de Pacientes (SCP);

No caso da equipe de enfermagem, o número de leitos deve ser detalhado por tipo de cuidado, conforme as seguintes classificações: cuidados mínimos, cuidados intermediários, cuidados de alta dependência, cuidados semi-intensivos e cuidados intensivos.

4.1 Leitos clínicos e cirúrgicos

Um leito clínico é aquele destinado à internação de pacientes para tratamento clínico, ou seja, sem a necessidade imediata de procedimentos cirúrgicos. É utilizado para acompanhamento, investigação diagnóstica, estabilização clínica, tratamento medicamentoso ou suporte clínico.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, tem a definição para leitos cirúrgicos como aquele destinado à internação de paciente que necessita de cuidados cirúrgicos, englobando o período pré e pós-operatório, em especialidades que demandam procedimentos invasivos.

No **Quadro 10** são apresentados os parâmetros para dimensionamento das equipes das unidades de internação clínicas e cirúrgicas.

Quadro 10 – Parâmetros para dimensionamento das equipes das unidades de internação

| CATEGORIA | ESPECIALIDADES | QUANTIDADE |
|--------------------|------------------------------|------------------|
| Médico diarista | Leitos clínicos | 1 para 12 Leitos |
| Médico diarista | Leitos cirúrgicos | 1 para 15 Leitos |
| Médico plantonista | Leitos clínicos e cirúrgicos | 1 para 50 Leitos |

Fonte: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

O dimensionamento para os cargos de Enfermeiro e Técnico em Enfermagem nas unidades de internação hospitalar utiliza os parâmetros de quantificação por tipo de cuidado, conforme estabelece o Parecer Normativo nº 01/2024/COFEN. Esse documento dispõe sobre o referencial mínimo para a composição do quadro de profissionais de enfermagem, considerando os seguintes requisitos:

- Assistência da equipe de enfermagem durante as 24 horas de funcionamento de cada unidade de internação (UI);
- SCP;

- Horas de assistência de enfermagem;
- Distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem;
- Proporção profissional/paciente.

O SCP segue as diretrizes estabelecidas no parecer supracitado e está detalhado no **Quadro 11**.

Quadro 11 – Sistema de classificação de pacientes

| CLASSIFICAÇÃO DE CUIDADO | PROPORÇÃO MÍNIMA | |
|--------------------------|------------------|-----------------------|
| | ENFERMEIRO | TÉCNICO EM ENFERMAGEM |
| Mínimo e Intermediário | 33% | 67% |
| Alta Dependência | 36% | 64% |
| Semi-intensivo | 42% | 58% |
| Intensivo | 52% | 48% |

Fonte: Parecer Normativo nº 01/2024/COFEN.

O SCP propõe a quantidade de horas de assistência demandadas pela equipe de enfermagem por paciente, de acordo com o grau de complexidade do cuidado, conforme demonstrado no **Quadro 12**.

Quadro 12 – Horas de enfermagem por paciente em 24 horas

| SPC | HORAS DE ENFERMAGEM/PACIENTE | PROPORÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM/PACIENTE |
|------------------|------------------------------|---|
| Mínimo | 04 | 01 para 06 pacientes |
| Intermediário | 06 | 01 para 04 pacientes |
| Alta dependência | 10 | 01 para 2,4 pacientes |
| Semi-intensivo | 10 | 01 para 2,4 pacientes |
| Intensivo | 18 | 01 para 1,33 paciente |

Fonte: Parecer Normativo nº 01/2024/COFEN.

Para efeito de cálculo do dimensionamento, deve-se considerar a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem, observando-se o SCP e a proporção profissional/paciente nos diferentes turnos de trabalho.

Há diversos SCP que podem ser utilizados, dependendo do perfil dos(as) pacientes de uma determinada unidade. Recomenda-se a utilização da ferramenta mais adequada ao perfil dos pacientes da instituição. Caso o HUF utilize um SCP próprio, este será adotado como base para o dimensionamento.

4.2 Alojamento Conjunto

A definição de alojamento conjunto refere-se à permanência do recém-nascido (RN) estável, em berço ao lado do leito da mãe, durante as 24 horas do dia.

A Portaria MS/GM nº 1.016/1993, que estabeleceu as normas básicas para a implantação do alojamento conjunto, foi atualizada pela Portaria de Consolidação nº 03/2017. Esta reúne as normas sobre as redes do SUS e institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto.

A Rede Cegonha, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.459/2011, apresenta, em um de seus componentes sobre parto e nascimento, diretrizes voltadas à garantia da suficiência de leitos obstétricos, ao cuidado centrado na segurança da paciente e à adoção de práticas de saúde fundamentadas em evidências científicas. Além disso, preconiza que o acolhimento seja realizado com base na classificação de risco e que as equipes de cuidado horizontal estejam qualificadas e devidamente implementadas.

A Rede Alyne, instituída pela Portaria GM/MS nº 5.350/2024, é uma estratégia do SUS que atualiza e amplia os princípios da Rede Cegonha, sem, contudo, revogá-la formalmente. Seu objetivo é garantir atenção integral, equânime e humanizada à saúde materna e infantil, desde a concepção até o puerpério, com foco na redução da mortalidade materna, fetal e infantil evitáveis.

Considerando a equipe mínima, o dimensionamento deve seguir o disposto no **Quadro 13**, que contempla os leitos de obstetrícia e de alojamento conjunto.

Ressalta-se que esses leitos devem ser contabilizados separadamente dos leitos gerais.

Quadro 13 – Dimensionamento da equipe mínima em obstetrícia e alojamento conjunto

| ALOJAMENTO CONJUNTO | | |
|------------------------------------|---|--|
| CARGOS | DIMENSIONAMENTO | QUANTIDADE |
| Médico – Ginecologia e Obstetrícia | Responsável Técnico: carga horária mínima de 4 horas, preferencialmente com habilitação em Ginecologia, Obstetrícia ou título de especialista ou residência médica em Ginecologia e Obstetrícia | 01 para unidade |
| | Diarista: carga horária mínima de 4 horas, preferencialmente com habilitação em Ginecologia, Obstetrícia ou título de especialista ou residência médica em Ginecologia e Obstetrícia | 01 para 20 puérperas |
| | Plantonista: preferencialmente com habilitação em Ginecologia e Obstetrícia, ou título de especialista ou residência médica em Ginecologia e Obstetrícia. Plantonista do Alojamento Conjunto poderá ser profissional da equipe de obstetras de plantão. | Poderá ser profissional obstetras de plantão |
| Médico – Pediatra | Responsável Técnico: com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em pediatria ou em neonatologia, reconhecida pelo Ministério da Educação | 01 para unidade |
| | Diarista: com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em pediatria ou em neonatologia. | 01 para 20 recém-nascidos |
| | Plantonista: preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria. | 01 para 20 recém-nascidos, poderá ser o profissional da equipe UCINCo e UCINCa |
| Enfermeiro | Coordenação: carga horária mínima de 4 horas preferencialmente com habilitação em neonatologia/obstetrícia ou 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada na área. | 01 para unidade |

| | | |
|-----------------------|---|---|
| | Diarista: preferencialmente com habilitação em neonatologia/obstetrícia ou 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada na área. | 01 para cada 20 binômios mãe-RN ou fração em cada turno |
| Técnico em enfermagem | Habilitação em curso de enfermagem de nível médio. | 01 para cada 08 binômios mãe-RN ou fração em cada turno |

Fonte: Portaria de Consolidação nº 5/2017.

Importante destacar que, conforme o Parecer Normativo nº 01/2024/COFEN, para fins de classificação do cuidado no alojamento conjunto, os recém-nascidos e crianças menores de 6 anos devem ser considerados, no mínimo, como de cuidado intermediário.

Vale ressaltar que, conforme descrito no Título IV do Anexo II da Portaria de Consolidação nº 3/2017, o plantonista do alojamento conjunto poderá ser um profissional da equipe da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (Ucinco), da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (Ucinca) ou, ainda, da equipe de assistência ao recém-nascido no nascimento, nos casos em que o estabelecimento não disponibilizar leitos Ucinco/Ucinca.

4.3 Pediatria

Com a publicação da Portaria MS/GM nº 1.130/2015, foi instituída, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnais), com o objetivo, conforme disposto no Art. 2º, de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, visando à redução da morbimortalidade e à implementação de ações que garantam o direito a condições dignas de vida e a um ambiente saudável, favorecendo o pleno desenvolvimento infantil. Entre suas diretrizes, destaca-se a qualificação da força de trabalho assistencial voltada ao cuidado da criança.

Nesse contexto, apresenta-se o dimensionamento da equipe atuante na especialidade de Pediatria, conforme disposto no **Quadro 14**.

Quadro 14 – Dimensionamento da equipe médica de pediatria

| CATEGORIA | ESPECIALIDADES | QUANTIDADE |
|--------------------|------------------------------|-------------------|
| Médico diarista | Leitos clínicos | 01 para 10 Leitos |
| Médico diarista | Leitos cirúrgicos | 01 para 12 Leitos |
| Médico plantonista | Leitos clínicos e cirúrgicos | 01 para 20 Leitos |

Fonte: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

Em relação ao dimensionamento da equipe multiprofissional, este deve seguir o estabelecido no **Quadro 3 – Dimensionamento da equipe multiprofissional I**.

No que diz respeito ao dimensionamento da equipe de enfermagem, este deve seguir o estabelecido no **Quadro 12 - Horas de enfermagem por paciente em 24 horas**.

5. CENTRO CIRÚRGICO

De acordo com a RDC ANVISA nº 50/2002, existem dois tipos de centro cirúrgico, definidos por essa resolução, conforme se segue:

- O centro cirúrgico é definido como a unidade destinada ao desenvolvimento de atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata.
- O centro cirúrgico ambulatorial destina-se ao desenvolvimento de atividades cirúrgicas que não demandam internação dos pacientes.

Os tipos de cirurgias são definidos com base na duração do procedimento, no potencial de contaminação, na finalidade cirúrgica e no risco cardiológico do paciente.

Ainda segundo a RDC ANVISA nº 50/2002, a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) é o ambiente destinado à prestação de cuidados pós-anestésicos e/ou pós-operatórios aos pacientes egressos das salas de cirurgia.

Para o dimensionamento de pessoal do centro cirúrgico, são considerados os seguintes critérios:

- Número de salas cirúrgicas;
- Número de salas de recuperação pós-anestésica;
- Número de leitos de recuperação pós-anestésica;
- Produção cirúrgica mensal;
- Porte da cirurgia;
- Percentual de utilização das salas cirúrgicas por turno;
- Presença de arco cirúrgico (nos casos de dimensionamento do técnico em radiologia).

De acordo com a Resolução CFM nº 1490/1998, a equipe cirúrgica está sob responsabilidade direta do cirurgião titular, sendo imprescindível dispor de recursos humanos e técnicos mínimos satisfatórios para segurança e eficácia do ato cirúrgico.

O ato anestésico compreende a realização de qualquer tipo de anestesia, tendo início com a visita pré-anestésica. A anestesia é caracterizada pela indução da ausência de sensibilidade à dor, permitindo a realização de procedimentos cirúrgicos, exames diagnósticos ou curativos, possibilitando a manipulação e as intervenções necessárias. Durante todo o ato anestésico, é obrigatória a monitorização contínua do paciente.

Para dimensionamento do cargo Médico – Anestesiologista nos serviços de centro cirúrgico e SRPA, serão adotados os parâmetros constantes no **Quadro 15**.

Quadro 15 – Dimensionamento do médico - anesthesiologista em centro cirúrgico e sala de recuperação pós-anestésica

| CARGOS | QUANTIDADE |
|----------------------|---|
| Médico – Anestesista | 01 para cada sala de recuperação pós-anestésica |
| | 01 por procedimento anestésico-cirúrgico |

Fonte: Resolução CFM nº 2.174/2017.

A Resolução CFM nº 2.174/2017 também prevê que, nos casos em que o paciente for encaminhado para a SRPA, o médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico deverá acompanhar o transporte. Existindo médico plantonista responsável pelo atendimento dos(as) pacientes em recuperação na SRPA, o médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico transferirá ao plantonista a responsabilidade pelo atendimento e continuidade dos cuidados até a plena recuperação anestésica.

Não existindo médico plantonista na SRPA, caberá ao médico anestesista, responsável pelo procedimento anestésico, o pronto atendimento ao paciente.

O dimensionamento do cargo de médico cirurgião será realizado com base em critérios objetivos, considerando o porte das cirurgias realizadas, o tempo médio de uso das salas cirúrgicas (em horas) e a carga horária mensal prevista para os profissionais. O porte cirúrgico será determinado a partir das informações contidas no relatório mensal do mapa cirúrgico de cada HUF.

Para fins de parametrização do tempo médio por porte cirúrgico, com vistas ao dimensionamento adequado dos profissionais médicos que atuam no centro cirúrgico, serão adotados os parâmetros do porte cirúrgico apresentados no **Quadro 16**.

Quadro 16 – Parâmetros do porte cirúrgico

| PORTE CIRÚRGICO | TEMPO EM MINUTOS |
|-----------------|------------------|
| Pequeno | 120 |
| Médio | 180 |
| Grande | 360 |

Fonte: EBSEH/DAS/CGAH/SPA, 2026.

A equipe multidisciplinar será dimensionada conforme as diretrizes estabelecidas pelo Parecer Normativo nº 1/2024/COFEN, pelo Parecer Técnico CRTR 1ª Região nº 002/2023 e pelas referências do Sedimp, conforme descrito no **Quadro 17**.

Quadro 17 – Dimensionamento da equipe do centro cirúrgico

| CARGOS | DIURNO – SEGUNDA A SEXTA | NOTURNO E FIM DE SEMANA |
|---|--|--|
| Enfermeiro – cargo amplo ¹ | 01 para 06 salas cirúrgicas | 01 para 10 salas cirúrgicas |
| Enfermeiro – perfusionista ² | 01 quando houver necessidade cirúrgica | 01 quando houver necessidade cirúrgica |
| Técnico em enfermagem – circulante ³ | 01 por sala cirúrgica | 01 por sala cirúrgica |
| Técnico em enfermagem – instrumentador ³ | 01 por procedimento cirúrgico | 01 por procedimento cirúrgico |
| Técnico em radiologia ⁴ | 01 por equipamento | 01 por equipamento |

Fontes: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026¹; Resolução COFEN nº 667/2021²; Parecer Normativo nº 1/2024/ COFEN³; Parecer Técnico CRTR 1ª Região nº 002/2023/CORED⁴.

O termo circulante refere-se ao profissional responsável pela organização da sala cirúrgica, incluindo a reposição dos materiais a serem utilizados antes, durante e após o ato cirúrgico, bem como pelo acolhimento do paciente e seu encaminhamento, em conjunto com a equipe, à SRPA.

É lícito o concurso de acadêmico(a) de medicina na qualidade de auxiliar e de instrumentador cirúrgico em unidades devidamente credenciadas pelo seu

aparelho formador e de profissional de enfermagem regularmente inscrito no Conselho de origem, na condição de instrumentador, podendo esse concurso ser estendido também aos(às) estudantes de enfermagem.

Conforme a Resolução COFEN nº 214/1998, a atividade de instrumentação cirúrgica é uma atividade de enfermagem, embora não seja um ato privativo da categoria. O profissional de enfermagem, atuando como instrumentador cirúrgico, por força de Lei, subordina-se exclusivamente ao enfermeiro responsável técnico pela Unidade.

O(A) profissional do cargo técnico em radiologia será dimensionado(a) por turno, de acordo com a disponibilidade dos serviços e dos equipamentos utilizados e poderá ser compartilhado(a) com outras áreas.

Como ambiente integrado ao centro cirúrgico tem-se a SRPA, destinada à recepção dos pacientes para observação e monitoramento dos parâmetros vitais após a realização de procedimentos anestésico-cirúrgicos.

Para essa sala, estabelece-se o seguinte dimensionamento da equipe conforme **Quadro 18**.

Quadro 18 – Dimensionamento da equipe da sala de recuperação pós-anestésica

| CARGOS | DIURNO - SEGUNDA A SEXTA | NOTURNO E FIM DE SEMANA |
|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Enfermeiro | 01 para 10 leitos de SRPA | 01 para 10 leitos de SRPA |
| Técnico em enfermagem | 01 para 02 leitos de SRPA | 01 para 02 leitos de SRPA |
| Técnico em enfermagem | 01 para apoio | - |

Fonte: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

Importante reforçar que o dimensionamento da enfermagem deve considerar o quantitativo de salas no centro cirúrgico e leitos de SRPA ativos, em especial no período da noite e finais de semana, sendo permitido o compartilhamento entre esses setores, sem exclusividade, visando assim um dimensionamento dinâmico, que não culmine em ociosidade do corpo profissional.

6. CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

A Central de Material Esterilizado (CME) é a área responsável pela limpeza e processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, sendo encarregada do controle, preparo, esterilização e distribuição dos materiais hospitalares.

A presença da CME é obrigatória em instituições de saúde que possuam serviços como centro cirúrgico (incluindo ambulatorial), centro obstétrico, hemodinâmica, emergência de alta complexidade e urgência.

Conforme estabelece a RDC ANVISA nº 50/2002, os estabelecimentos de saúde devem atender aos requisitos mínimos obrigatórios relativos à estrutura física e às áreas funcionais da CME, assim definidos:

- Área para recepção, descontaminação e separação de materiais;
- Área para lavagem de materiais;
- Sala para lavagem e preparo de luvas (entalcamento);
- Área para recepção de roupa limpa;
- Área para preparo de materiais e roupa limpa;
- Área para esterilização física;
- Área para esterilização química líquida;
- Sala de armazenagem e distribuição de materiais e roupas esterilizados;
- Área para armazenamento e distribuição de materiais esterilizados descartáveis;
- Subunidade para esterilização química gasosa:
 - Área de comando;
 - Sala de esterilização;
 - Sala ou área de depósito de recipientes de ETO;
 - Sala de aeração;
 - Área de tratamento do gás.

Em função dos parâmetros para o dimensionamento de pessoal do CME, torna-se relevante a avaliação dos tipos de estrutura e serviços dos HUF, realizando-se o

dimensionamento com base nos processos de trabalho relacionados ao processamento de materiais.

Aplicam-se duas modalidades de dimensionamento de pessoal para o CME:

- **Parecer Normativo nº 1/2024/COFEN:** deve ser aplicado em unidades de CME que já possuam uma rotina estabelecida de processos de trabalho, ou seja, em contextos nos quais a produção da unidade, executada pelo(a) técnico(a) em enfermagem, possa ser multiplicada pelo tempo padrão das atividades realizadas nas áreas que compõem o CME.
- **Sítio Funcional:** deve ser aplicado em unidades que não possuam rotina estabelecida, tendo em vista que a unidade de medida se fundamenta no conhecimento empírico, isto é, na experiência profissional, considerando as atividades desenvolvidas, a área operacional ou o local da atividade e a carga horária semanal de trabalho.

6.1 Referência: Parecer Normativo nº 1/2024/COFEN

Para a realização do dimensionamento com base no Parecer Normativo nº 1/2024/COFEN, são considerados os seguintes critérios:

- Número de salas em funcionamento/turno de CC e do CO;
- Número de turnos de funcionamento por dia;
- Número de dias de funcionamento por mês;
- Carga horária semanal dos profissionais;
- Distribuição percentual das atividades desenvolvidas por turno;
- Descrição das atividades realizadas;
- Quantidade mensal de kits;
- Quantidade mensal de cargas/ciclos;
- Quantidade mensal de carros montados.

A quantidade de kits, cargas e carros montados está diretamente relacionada aos tipos de atividades desenvolvidas na unidade, sendo estas:

Quadro 19 – Descrição das atividades para processamento de materiais

| DADOS DE PROCESSAMENTO DE MATERIAIS | | |
|---|--|--------------|
| ÁREAS | DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES | TEMPO PADRÃO |
| Suja ou Contaminada (Expurgo) | • Materiais contaminados recebidos e recolhidos | 0,033 |
| | • Limpeza dos materiais | 0,033 |
| Controle e Materiais em Consignação | • Materiais em consignação recebidos | 0,1 |
| | • Materiais consignados conferidos após cirurgia | 0,15 |
| | • Materiais em consignação devolvidos | 0,05 |
| Preparo de materiais | • Secagem e distribuição dos materiais após limpeza | 0,05 |
| | • Inspeção, teste, separação e secagem dos materiais | 0,05 |
| | • Montagem e embalagem dos materiais | 0,05 |
| | • Montagem dos materiais de assistência ventilatória | 0,033 |
| Esterilização de materiais | • Montagem da carga de esterilização | 0,133 |
| | • Retirada da carga estéril e verificação da esterilização | 0,05 |
| Armazenamento e Distribuição de materiais | • Guarda dos materiais | 0,066 |
| | • Montagem dos carros de transporte das unidades | 0,083 |
| | • Organização e controle do ambiente e materiais estéreis | 0,016 |
| | • Distribuição dos materiais e roupas estéreis | 0,033 |

Fonte: Parecer Normativo nº 01/2024/COFEN.

As atividades descritas no **Quadro 19** são executadas pelos profissionais do cargo Técnico em Enfermagem. O cálculo do dimensionamento é realizado com base na produção da unidade, multiplicada pelo tempo padrão das atividades, considerando a carga horária mensal dos profissionais.

O dimensionamento do cargo Enfermeiro será definido conforme o espelho semanal padrão do HUF, ajustando-se às necessidades específicas do serviço, sendo exigido, no mínimo, um enfermeiro(a) por turno, além do enfermeiro(a) responsável pela unidade.

6.2 Referência Sítio Funcional

O dimensionamento da equipe do CME deve estar alinhado à complexidade dos serviços prestados e à demanda assistencial de cada HUF.

Para a aplicação desse modelo, é necessário considerar:

- Número de salas em funcionamento por turno no centro cirúrgico e no centro obstétrico;
- Número de turnos de funcionamento por dia;
- Distribuição percentual das atividades desenvolvidas por turno;
- Número de dias de funcionamento na semana;
- Número total de sítios funcionais (total de ambientes em funcionamento nos diferentes turnos da semana na CME);
- Volume de cirurgias;
- Número de salas de procedimento ambulatorial;
- Volume de materiais de outras áreas (quantificar a demanda de pacotes, bandejas e materiais utilizados em apoio às pequenas cirurgias e procedimentos);
- Complexidade dos procedimentos cirúrgicos;
- Realização de cirurgias ortopédicas.

O dimensionamento da equipe é estruturado com base na organização e na complexidade das atividades assistenciais desenvolvidas em cada unidade.

Deve-se considerar a presença do(a) enfermeiro(a) coordenador(a), responsável pela gestão das atividades e supervisão das práticas assistenciais.

Dessa forma, o dimensionamento deve refletir a organização dos serviços, a carga de trabalho assistencial por turno, a complexidade dos procedimentos e o

volume de atendimentos, assegurando a alocação adequada dos profissionais para a manutenção da qualidade e da segurança do cuidado prestado.

Assim, os parâmetros adotados para o cálculo do número de sítios funcionais deverão observar a distribuição apresentada no espelho semanal padrão, conforme **Quadro 20**.

Quadro 20 – Espelho semanal padrão para CME

| TÉCNICOS EM ENFERMAGEM | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Número total de sítios funcionais (pode ter mais de um sítio funcional em uma mesma área da CME) | Nº de funcionários/ sítios funcionais | Nº de funcionários / sítios funcionais | Nº de funcionários/ sítios funcionais | Nº de funcionários/ sítios funcionais |
| | Segunda a sexta - diurno | Segunda a sexta - noite | Sábado e domingo - diurno | Sábado e domingo - noite |
| 1. Recepção e limpeza - área suja/contaminada | | | | |
| 2. Controle de materiais em consignação | | | | |
| 3. Preparo de materiais | | | | |
| 4. Esterilização e desinfecção química | | | | |
| 5. Armazenamento e distribuição de materiais esterilizados | | | | |

Fonte: EBSE RH/DGP/ CPP/Sedimp, 2026.

A partir do preenchimento do espelho semanal padrão, dividido pela carga horária executada, tem-se o quantitativo de profissionais técnicos em enfermagem necessários.

7. TRANSPLANTES

No Brasil, os estabelecimentos de saúde que realizam transplantes de tecidos, órgãos, células ou partes do corpo só podem atuar mediante autorização da Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT) e devem contar com equipes especializadas, conforme previsto na Portaria de Consolidação nº 4/2017.

Essa atividade é afeita à regulamentação nacional, a cargo do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e da Diretoria do Sistema Nacional de Transplantes (DSNT), unidades responsáveis por estabelecer normas, diretrizes e protocolos técnicos que disciplinam o funcionamento, a autorização e a supervisão dos serviços de transplantes no território nacional.

Dessa forma, as informações gerais necessárias para o dimensionamento da equipe do serviço de transplantes são:

- Tipo de habilitação;
- Número de leitos por modalidade de transplante;
- Classificação dos pacientes conforme SCP.

7.1 Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

A Comissão **Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes** (CIHDOTT) é de instituição obrigatória em hospitais públicos, privados e filantrópicos, sendo classificada conforme o perfil de atendimento:

➤ **CIHDOTT I:** Destinada a hospitais com até 200 óbitos/ano, que possuam leitos para assistência ventilatória em UTI e/ou Emergência, e que disponham de profissionais médicos do corpo clínico pertencentes às seguintes especialidades:

- Clínico Geral;
- Pediatria;
- Medicina Intensiva;
- Neurologia;
- Neurocirurgia;
- Neuropediatria.

➤ **CIHDOTT II:** Aplicável a hospitais que sejam referência em ao menos um dos seguintes serviços: trauma, neurologia e/ou neurocirurgia, com menos de 1.000 óbitos/ano, ou a estabelecimentos de saúde não-oncológicos com 200 a 1.000 óbitos/ano.

➤ **CIHDOTT III:** Destinada a estabelecimentos de saúde não-oncológicos com mais de 1.000 óbitos/ano ou àqueles que possuam pelo menos um programa de transplante de órgão.

A CIHDOTT deverá ser instituída por ato formal da direção do respectivo hospital, estando vinculada diretamente à diretoria médica da instituição. A composição mínima da equipe deve incluir três membros, sendo um(a) médico(a) ou enfermeiro(a) designado(a) como Coordenador(a) Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. Todos os integrantes devem ser funcionários(as) da estrutura organizacional. No caso da CIHDOTT III, o(a) coordenador(a) deve, obrigatoriamente, ser médico(a).

A carga horária mínima dos membros da CIHDOTT II e III deve ser de 20 horas semanais, com dedicação exclusiva.

O(A) Responsável Técnico(a) pelas especialidades de transplantes e pela equipe deve comprovar experiência profissional na área, conforme exigência de cada modalidade. Todos os membros da equipe devem estar capacitados e treinados para atuar em equipe especializada.

7.2 Dimensionamento da equipe especializada em transplantes

Os cargos dimensionados foram organizados de acordo com as modalidades de transplante, conforme disposto a seguir.

7.2.1 Médicos(as)

A equipe médica mínima para o funcionamento da Unidade de Transplantes está disposta no **Quadro 21**.

Quadro 21 – Equipe mínima de médicos(as) nas modalidades de transplantes

| TRANSPLANTE | CARGOS | QUANTIDADE |
|----------------------|----------------------------------|------------|
| Renal | Médico - Nefrologia | 02 |
| | Médico - Urologia | 02 |
| | Médico - Cirurgia Geral | 01 |
| Pancreático | Médico - Nefrologia | 01 |
| | Médico - Urologia | 01 |
| | Médico - Cirurgia Geral | 01 |
| | Médico - Endocrinologia | 01 |
| | Médico - Anestesiologia | 01 |
| Hepático | Médico - Gastroenterologia | 01 |
| | Médico - Cirurgia Geral | 02 |
| | Médico - Anestesiologia | 02 |
| Pulmonar | Médico - Pneumologia | 01 |
| | Médico - Cirurgia Torácica | 01 |
| | Médico - Cirurgia Cardiovascular | 01 |
| | Médico - Anestesiologia | 02 |
| | Médico - Medicina Intensiva | 01 |
| Cardíaco | Médico - Cardiologia | 01 |
| | Médico - Cirurgia Cardiovascular | 01 |
| | Médico - Cirurgia Torácica | 01 |
| | Médico - Anestesiologia | 02 |
| Tecido Ocular Humano | Médico - Oftalmologia | 01 |
| Válvulas Cardíacas | Médico - Cardiologia | 01 |
| | Médico - Cirurgia Cardiovascular | 01 |
| Pele | Médico - Cirurgia Plástica | 01 |

| | | |
|--|--|----|
| Células - Tronco Hematopoéticas | Médico - Hematologia e Hemoterapia e/ou Médico - Cancerologia Clínica/ Pediatria | 01 |
| Tecido Ósteo - Condrofáscioligamentoso | Médico - Ortopedia e Traumatologia | 01 |

Fonte: Portaria de Consolidação nº 4/2017.

7.3 Equipe Técnica de Banco de Tecidos

O **Quadro 22** contempla os parâmetros mínimos necessários para a composição da equipe técnica para o banco de tecidos.

Quadro 22 – Equipe técnica de banco de tecidos

| TRANSPLANTE | EQUIPE TÉCNICA DE CAPTAÇÃO/RETIRADA | QUANTIDADE | EQUIPE TÉCNICA DE ATIVIDADES INTERNAS | QUANTIDADE |
|---|--|------------|--|------------|
| Banco de Tecido Ocular Humano (Btoc) | Médico | 1 | Médico | 1 |
| | | | Profissional de nível superior | 1 |
| | Profissional da área da saúde: nível superior ou técnico | 1 | Profissional de nível técnico | 1 |
| | | | Profissional para tarefas administrativas | 1 |
| Banco Tecidos Musculosqueléticos (Btme) | Médico – Ortopedia e Traumatologia | 1 | Médico | 1 |
| | Médico | 1 | Profissional de nível superior da área de saúde ou biológica | 2 |
| | Profissional da área da saúde | 1 | Profissional de nível médio da área de saúde ou biológica | 1 |
| | | | Profissional para tarefas administrativas | 1 |

| | | | | |
|-----------------------------------|--|-----|--|---|
| Banco de Pele | Médico – Cirurgia Plástica | 2* | Médico | 1 |
| | | | Profissional de nível superior da área de saúde ou biológica | 2 |
| | | | Profissional de nível médio da área de saúde ou biológica | 1 |
| | * Sendo 01 responsável técnico | | Profissional para tarefas administrativas | 1 |
| Banco de Tecidos Cardiovasculares | Médico – Responsável Técnico | 2** | Profissional de nível superior da área de saúde | 1 |
| | Médico | 1 | Profissional de nível médio da área de saúde | 1 |
| | Profissional da área de saúde | 1 | Profissional da área da saúde ou biológica | 1 |
| | **Sendo 01 para responsável técnico substituto | | Profissional para tarefas administrativas | 1 |

Fonte: Portaria de Consolidação nº 4/2017.

Os(As) profissionais do cargo médico, que integram a equipe técnica de captação/retirada de órgãos e tecidos e atuam em atividades internas, devem estar capacitados(as) por meio de treinamentos específicos, conforme as modalidades dos respectivos bancos de tecido. A mesma exigência se aplica aos(às) profissionais de nível superior e técnico, que também devem estar devidamente treinados(as) para o exercício de suas funções nas atividades de transplante.

7.4 Equipe multiprofissional

A equipe multiprofissional é dimensionada conforme os parâmetros estabelecidos para a equipe do hospital dia nos cuidados do Pós-Transplante de Medula Óssea, conforme descrito no **item 1** deste capítulo.

A equipe de enfermagem para atendimento aos leitos de internação é dimensionada com base no SCP preconizada pelo Parecer Normativo nº 01/2024/COFEN.

8. HEMOTERAPIA

De acordo com a Portaria nº 5/2017, a Unidade de Hemoterapia e Hematologia é destinada à coleta, processamento, armazenamento, distribuição e transfusão de sangue e seus hemocomponentes.

As informações necessárias para o dimensionamento da equipe do serviço de hemoterapia incluem:

- Horas de funcionamento;
- Número de consultas em hemoterapia por mês;
- Procedimentos para obtenção de sangue (número de doações por mês);
- Procedimentos especiais em hemoterapia (doação por aférese/mês);
- Número de exames realizados (produção mensal);
- Medicina transfusional (número de transfusões por mês).

A responsabilidade técnica pelo serviço de hemoterapia ficará a cargo de um(a) médico(a) especialista em hemoterapia e/ou hematologia ou qualificado(a) por órgão competente devidamente reconhecido para este fim pelo Coordenador(a) do Sistema Estadual de Sangue, Componentes e Derivados.

Conforme a Resolução COFEN Nº 709/2022, o Art. 3º informa que os(as) enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem somente poderão atuar nos Serviços de Hemoterapia, quando devidamente capacitados(as).

Os parâmetros utilizados para o dimensionamento da equipe estão de acordo com a hora assistencial desprendida para a realização dos procedimentos, conforme disposto no **Quadro 23**.

Quadro 23 – Dimensionamento da equipe da hemoterapia

| CARGO | | QUANTIDADE |
|---|-----------------------------|--|
| Médico - Hematologia e Hemoterapia | | 01 Responsável Técnico ¹ |
| CARGO | SETOR/PROCEDIMENTO | HORA ASSISTENCIAL/ N° DE PROFISSIONAIS |
| Médico - Hematologia e Hemoterapia | Agência Transfusional | 01 por turno ² |
| | Banco de Sangue - Transusão | 0,2 ² |
| | Hemocentro - Doações | 0,5 ² |
| | Hemocentro - Consultas | 0,3 ² |
| | Hemocentro - Transfusões | 0,2 ² |
| | Hemocentro - Aféreses | 1,3 ² |
| Enfermeiro | Agência Transfusional | 01 por turno ² |
| | Banco de Sangue/Hemocentro | 0,1 por paciente/dia ² |
| Técnico em enfermagem | Agência Transfusional | 01 por turno ² |
| | Banco de Sangue/Hemocentro | 0,3 por paciente/dia ² |
| Técnico em análises clínicas | Agência Transfusional | 01 para 12 transfusões/dia ² |
| | Banco de Sangue/Hemocentro | 0,03 por exame/dia ² |
| Profissional de nível superior (biólogo ou biomédico ou farmacêutico) | Agência Transfusional | 01 por turno, conforme necessidade do serviço ² |
| | Banco de Sangue/Hemocentro | 0,3 por exame por dia ² |

Fontes: Portaria de Consolidação nº 5/2017¹ e Sedimp/ CPP/DGP/Ebserh,2026².

Com relação ao dimensionamento de profissional de nível superior habilitado(a) e capacitado(a) para atuar nos serviços de hemoterapia, bem como ao(à) técnico(a) em análises clínicas, deve-se observar se tais profissionais podem ser compartilhados(as) com o laboratório clínico em algum período, dependendo da demanda do serviço.

9. ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.161/2005, com o objetivo de promover ações de prevenção das doenças neurológicas e fortalecer os programas de saúde voltados à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*, consideradas as principais causas de risco para Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Brasil.

O eixo central da política consiste na estruturação de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, estabelecendo uma linha de cuidado integral e integrada para o manejo das principais causas das doenças neurológicas. O objetivo é minimizar os danos decorrentes dessas condições, além de ampliar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado em neurologia e neurocirurgia.

Conforme a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2022, a habilitação de Alta Complexidade em Neurologia está classificada nas seguintes modalidades:

- **Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia:** unidade hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de doenças neurológicas que necessitam ser submetidos a procedimentos neurointervencionistas e/ou neurocirúrgicos em alta complexidade.
- **Centro de Referência de Alta Complexidade em Neurologia:** unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao respectivo gestor do SUS na Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica e que possua os seguintes atributos:

- I. participar de forma articulada e integrada com o sistema local e regional;
- II. ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos;
- III. possuir adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;

IV. subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade;

V. participar como polo de desenvolvimento profissional em parceria com o gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde.

Para o dimensionamento da equipe, devem ser consideradas as seguintes informações:

- Tipo de habilitação;
- Número de leitos de neurologia clínica;
- Número de leitos de neurologia cirúrgica;
- Quantitativo mensal de exames de polissonografia e os respectivos dias de funcionamento, quando houver o serviço;
- Número de leitos destinados à realização de polissonografia, quando houver o serviço.

9.1 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia

O responsável técnico pelo serviço deverá ser um médico especialista em neurocirurgia, com habilitação comprovada por meio de certificado de residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista emitido pela Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e regionais de Medicina. O médico responsável técnico poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade credenciada pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas. Poderá, entretanto, atuar como profissional em um outro serviço cadastrado pelo SUS.

A equipe médica deverá contar, no mínimo, com dois neurocirurgiões com título de especialista, conforme habilitação descrita no parágrafo anterior. Para atendimento diário em regime de plantão, a unidade deverá dispor de médico(a) com título de especialista em neurologia clínica.

A equipe deverá contar com um(a) enfermeiro(a) coordenador(a), com experiência mínima de um ano em serviço de neurocirurgia e ainda com enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem, a saber:

- um(a) enfermeiro(a), para cada 14 (quatorze) leitos reservados para atendimento em alta complexidade, por turno, incluído(a) o(a) enfermeiro(a) coordenador(a);

- um(a) técnico(a) em enfermagem, no mínimo, para cada seis leitos.

A equipe de Fisioterapia deverá contar com, no mínimo, um(a) fisioterapeuta por turno de trabalho.

A unidade deverá contar, em caráter permanente, com médicos(as) especialistas em clínica médica, cirurgia geral, residentes no mesmo município ou cidade circunvizinha.

O dimensionamento da equipe seguirá os parâmetros estabelecidos no **Quadro 24**.

Quadro 24 – Dimensionamento da equipe mínima da unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia

| CARGO | QUANTIDADE |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| Médico – Neurocirurgia | 01 responsável técnico ¹ |
| Médico – Neurocirurgia | 02 para o serviço ¹ |
| Médico – Neurologia Clínica | 01 para 10 leitos ² |
| Médico – Clínica Médica | Sobreaviso ¹ |
| Médico – Cirurgia Geral | Sobreaviso ¹ |
| Enfermeiro | 01 para 14 leitos ¹ |
| Técnico em enfermagem | 01 para 06 leitos ¹ |
| Fisioterapeuta | 01 por turno ¹ |

Fontes: Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2022¹ e EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026².

A unidade deverá dispor, seja por meio de equipe própria ou contratada, dos serviços e respectivos(as) profissionais nas seguintes áreas:

- a) psiquiatria ou psicologia clínica;
- b) serviço social;

- c) serviço de nutrição;
- d) farmácia;
- e) anatomia patológica;
- f) medicina física e reabilitação;
- g) fonoaudiologia;
- h) hemoterapia; e
- i) radioterapia.

Os serviços relativos às alíneas "e", "f", "g", "h" e "i" podem ser prestados fora da estrutura hospitalar da unidade, com referência devidamente formalizada. A farmácia hospitalar deverá obedecer às normas estabelecidas na RDC Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou outra que venha a alterá-la ou substituí-la.

No caso de serviços contratados, instalados dentro ou fora da estrutura hospitalar da unidade, as referências devem ser devidamente formalizadas.

No que se refere ao Serviço de Assistência em Alta Complexidade em Tratamento Neurocirúrgico da Dor e Funcional, além da equipe prevista no **Quadro 24**, deverão ser incluídos os(as) seguintes profissionais conforme **Quadro 25**.

Quadro 25 – Dimensionamento da equipe mínima da unidade de assistência de alta complexidade em tratamento neurocirúrgico da dor e funcional

| CARGO | QUANTIDADE |
|---------------------------|------------|
| Médico – Endocrinologista | Disponível |
| Terapeuta ocupacional | Disponível |

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2022.

9.2 Centro de Referência de Alta Complexidade em Neurologia

Os **Centros de Referência** terão suas equipes dimensionadas de acordo com o tipo de serviço realizado, conforme descrito a seguir.

9.2.1 Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Investigação e Cirurgia da Epilepsia

O serviço de assistência de alta complexidade de investigação e cirurgia da epilepsia, instalado em um **centro de referência de alta complexidade em neurologia**, deve oferecer assistência especializada e integral aos pacientes portadores de epilepsia.

O responsável técnico poderá ser médico das especialidades de neurologia clínica ou neurocirurgia, com experiência mínima de um ano em serviço especializado em epilepsia, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Neurocirurgia e/ou pela Academia Brasileira de Neurologia.

O médico responsável técnico pelo serviço somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço cadastrado pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas. Poderá, entretanto, atuar como profissional em um outro serviço cadastrado pelo SUS.

O médico especialista em neurofisiologia clínica deverá ter, ainda, treinamento específico de pelo menos um ano, na interpretação de registros de vídeo eletroencefalográficos (EEG) em pacientes candidatos(as) à cirurgia de epilepsia.

O psicólogo especialista em neuropsicologia deverá ter treinamento de pelo menos seis meses em técnicas de avaliação em neuropsicologia em serviço de epilepsia para realização de avaliação pré e pós-operatória.

A equipe deve contar com um(a) enfermeiro(a), para o laboratório de vídeo eletroencefalografia, além de enfermeiro(a), técnicos(as) de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem.

A equipe será dimensionada conforme parâmetros descritos no **Quadro 26**.

Quadro 26 – Dimensionamento da equipe mínima do serviço de assistência de alta complexidade em investigação e cirurgia da epilepsia

| CARGO | QUANTIDADE |
|---|--|
| Médico – Neurocirurgia ou Médico – Neurologia Clínica | 01 responsável técnico ¹ |
| Médico – Neurologia Clínica | 1 para cada 10 leitos ² |
| Médico – Neurologia Pediátrica | Disponível ¹ |
| Médico – Neurocirurgia | Disponível ¹ |
| Médico – Neurofisiologia Clínica | Disponível ¹ |
| Psicólogo – Neuropsicologia | Disponível ¹ |
| Enfermeiro | 01 para o laboratório de Vídeo-EEG ¹ |
| Enfermeiro | Conforme Item 4 – Internação Hospitalar ¹ |
| Técnico em enfermagem | Conforme Item 4 – Internação Hospitalar ¹ |

Fontes: Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2022¹ e EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026².

Além disso, o serviço deve contar com profissionais habilitados nas seguintes especialidades, em caráter permanente ou alcançável:

- Cardiologia;
- Clínica Geral;
- Pediatria;
- Pneumologia.

Deverá ter como serviços, próprios ou contratados, na mesma área física, os serviços de suporte e profissionais nas seguintes áreas:

- Neurorradiologia;
- Neuropatologia;
- Psiquiatra;
- Psicologia Clínica;

- Farmácia;
- Fisioterapia;
- Hemoterapia;
- Nutrição;
- Serviço Social;
- Ambulatório de epilepsia para acompanhamento pré e pós-operatório.

9.2.2 Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Tratamento Endovascular

O serviço deve dispor de estrutura física e funcional, além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos(as) portadores(as) de doenças do sistema neurovascular.

O responsável técnico poderá ser médico(a) das especialidades de neurocirurgia, neurologia ou neurorradiologia intervencionista, com área de atuação em neurorradiologia terapêutica, reconhecido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR). O(A) responsável técnico(a) pelo serviço somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço. Poderá, entretanto, atuar como profissional em um outro serviço credenciado pelo SUS.

A equipe de enfermagem deve contar com um(a) enfermeiro(a) coordenador(a) e ainda com enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem, incluindo o(a) enfermeiro(a) coordenador(a).

O(A) técnico(a) em radiologia, deve ter experiência e treinamento adequado para operar os equipamentos de radiodiagnóstico de angiografia. Deve conhecer os princípios físicos das radiações e medidas de proteção e ser credenciado(a) no Conselho Técnico de Radiologia (CONTER).

O dimensionamento da equipe será conforme o **Quadro 27**.

Quadro 27 – Dimensionamento da equipe do serviço de assistência de alta complexidade em tratamento endovascular

| CARGO | QUANTIDADE |
|--|---|
| Médico – Neurocirurgia ou Médico – Neurologia Clínica ou Médico – Neuroradiologista Intervencionista | 01 responsável técnico |
| Médico – Anestesiologista | Disponível |
| Médico – Neurologia Clínica | Disponível |
| Enfermeiro | Conforme Item 4 – Internação Hospitalar |
| Técnico em enfermagem | Conforme Item 4 – Internação Hospitalar |
| Técnico em radiologia | Disponível |

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2022.

O serviço deverá contar, de forma permanente ou alcançável, com os(as) seguintes profissionais:

- Médicos(as) com experiência profissional em procedimentos endovasculares;
- Pelo menos um(a) médico(a) - neurocirurgia com experiência em neurocirurgia vascular com o respectivo título de especialista para esta especialidade, residente no mesmo município ou cidades circunvizinhas.

Além disso, o serviço deverá ter os serviços de suporte e profissionais nas seguintes áreas:

- Fisioterapia;
- Fonoaudiologia;
- Nutrição;
- Serviço Social;

- Ambulatório de acompanhamento dos(as) pacientes submetidos(as) a procedimentos endovasculares.

9.2.3 Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia Funcional Estereotáxica

O serviço deve possuir recursos técnicos destinados a localizar estruturas anatômicas no sistema nervoso, para realização de estudos eletrofisiológicos, neuropatológicos, neuroimagiológicos funcionais, coleta de material do sistema nervoso para análise neuroquímica, remoção de lesões, drenagem de coleções, instilação de substâncias, implante de dispositivos e/ou de substâncias e execução de procedimentos radioterápicos, guiados por estereotaxia ou por neuronavegação, desenvolvimento de projetos relacionados a estereotaxia, neurofisiologia, neurocirurgia e neuroendocrinologia.

O(A) responsável técnico(a) deverá ser um profissional da especialidade médico – neurocirurgia, com especialização em neurocirurgia funcional em centro especializado, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Neurocirurgia.

O(A) responsável técnico(a) pelo serviço somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas do serviço. Poderá, entretanto, atuar como profissional em um outro serviço credenciado pelo SUS.

A unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia deverá contar ainda com, no mínimo, mais um(a) médico(a) neurocirurgião(ã) com as mesmas qualificações mencionadas acima.

O dimensionamento da equipe será conforme o **Quadro 28**.

Quadro 28 – Dimensionamento da equipe do serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia funcional estereotáxica

| CARGO | QUANTIDADE |
|-----------------------------|------------------------|
| Médico – Neurocirurgia | 01 responsável técnico |
| Médico – Neurocirurgia | 01 para o serviço |
| Médico – Neurorradiologia | Apoio Multidisciplinar |
| Engenheiro | Apoio Multidisciplinar |
| Médico – Neurologia Clínica | Apoio Multidisciplinar |
| Médico – Anestesiologia | Apoio Multidisciplinar |

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2022.

Os(As) profissionais do cargo de engenheiro que atuarem no Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia Funcional Estereotáxica deverão estar capacitados em neuroimagemologia.

10. ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE

A Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 1.169/2004, a qual foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 02/2017, com o objetivo de garantir o atendimento integral aos(às) pacientes com patologias cardiovasculares no âmbito do SUS.

Conforme a Portaria de Consolidação nº 1/2022, entende-se por unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular a unidade hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de doenças do sistema cardiovascular.

As unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular poderão prestar atendimento nas seguintes modalidades de serviços:

- Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular;
- Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica;
- Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Vascular;
- Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista;

- Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos;

- Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia.

Para a realização do dimensionamento da equipe vinculada aos serviços de alta complexidade cardiovascular, deverão ser consideradas as seguintes informações:

- Tipos de habilitação e serviços ativos;
- Número de leitos clínicos e cirúrgicos – adulto e pediátrico.

O dimensionamento da equipe de enfermagem para os leitos clínicos de enfermaria exclusivos das unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular será realizado conforme os critérios estabelecidos a seguir.

Quadro 29 – Dimensionamento da equipe de enfermagem dos leitos clínicos em unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular adulto

| CARGO | QUANTIDADE |
|-----------------------|-------------------|
| Enfermeiro | 01 para 18 leitos |
| Técnico em enfermagem | 01 para 05 leitos |

Fonte: Portaria de Consolidação nº 1/2022.

No caso de leitos pediátricos será dimensionado conforme **Quadro 30**.

Quadro 30 – Dimensionamento da equipe de enfermagem dos leitos clínicos em unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular pediátrica

| CARGO | QUANTIDADE |
|-----------------------|-------------------|
| Enfermeiro | 01 para 15 leitos |
| Técnico em enfermagem | 01 para 04 leitos |

Fonte: Portaria de Consolidação nº 1/2022.

10.1 Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular

A unidade deve dispor de estrutura física e funcional, além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada, para a prestação de assistência

aos portadores de doenças cardiovasculares para pacientes com idade a partir de 12 anos.

O(A) responsável técnico(a) pelo Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular deverá ser um(a) profissional da especialidade Médico – Cirurgia Cardiovascular. Tal responsável técnico(a) poderá atuar como profissional em outro serviço credenciado pelo SUS, no mesmo estado ou em outro, mas somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou em cidades circunvizinhas.

O serviço deve contar, ainda, com mais um(a) responsável técnico em implante de marcapasso, médico(a) habilitado(a) pelo Departamento de Estimulação Cardíaca Artificial (DECA), da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV), ou com título de especialista em cirurgia cardiovascular reconhecido pela referida sociedade ou, ainda, com certificado de residência médica em cirurgia cardiovascular emitido por programa de residência médica reconhecido pelo MEC. Esse(a) responsável técnico(a) poderá ser o(a) mesmo(a) da cirurgia cardiovascular.

As equipes da especialidade de cirurgia cardiovascular devem contar com, pelo menos, mais um(a) médico(a) com título de especialista em cirurgia cardiovascular, bem como com quantitativo suficiente de médico(as) cardiologistas para o atendimento de enfermagem, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e ambulatório para acompanhamento dos(as) pacientes portadores(as) de marcapassos.

A equipe deve contar com um(a) enfermeiro(a) coordenador(a), com especialização em cardiologia reconhecida pelo MEC ou com certificado de residência em cardiologia, reconhecido pelo MEC ou com título de especialista em enfermagem cardiovascular, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular (SOBENC).

O quantitativo de enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem necessários(as) para o atendimento do serviço pós-operatório de cirurgia cardiovascular é de um(a) enfermeiro(a) para cada três leitos por turno, incluindo

o(a) enfermeiro(a) coordenador(a), e um(a) técnico(a) em enfermagem para cada dois leitos. Para atendimento dos demais leitos da enfermaria de alta complexidade em cirurgia cardiovascular, um(a) enfermeiro(a) para cada 14 por turno, incluindo o(a) enfermeiro(a) coordenador(a) e um(a) técnico(a) em enfermagem para cada oito leitos.

O dimensionamento da equipe será realizado conforme os parâmetros estabelecidos no **Quadro 31**.

Quadro 31 – Dimensionamento da equipe de enfermagem dos leitos cirúrgicos do serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular adulto

| CARGO | QUANTIDADE |
|---|--|
| Médico – Cirurgia Cardiovascular | 01 responsável técnico ¹ |
| Médico – Cirurgia Cardiovascular (habilitado em implante de marcapasso) | 01 responsável técnico ¹ |
| Médico – Cirurgia Cardiovascular | Disponível ¹ |
| Médico – Cardiologia ou Médico - Medicina Intensiva | 01 para cada 10 leitos ² |
| Médico – Anestesiologia | Disponível ¹ |
| Enfermeiro | 01 para cada 14 leitos que não sejam de pós-operatório de cirurgia cardiovascular ¹ |
| Técnico em enfermagem | 01 para cada 8 leitos que não sejam de pós-operatório de cirurgia cardiovascular ¹ |

Fontes: Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2022¹ e EBSERH/DGP/ CPP/Sedimp, 2026².

A equipe de enfermagem vinculada aos leitos de pós-operatório em alta complexidade de cirurgia cardiovascular será composta conforme os critérios descritos no **Quadro 32**.

Quadro 32 – Dimensionamento da equipe para os leitos pós-operatório em alta complexidade em cirurgia cardiovascular adulto

| CARGO | QUANTIDADE |
|-----------------------|-------------------|
| Enfermeiro | 01 para 03 leitos |
| Técnico em enfermagem | 01 para 02 leitos |

Fonte: Portaria de Consolidação nº 1/2022.

A equipe de saúde complementar (apoio multidisciplinar) deverá contar, em caráter permanente ou alcançável, com médicos(as) das seguintes especialidades: cirurgia geral, cirurgia vascular, clínica geral, neurologia, pneumologia, endocrinologia e nefrologia, residentes no mesmo município ou cidades circunvizinhas.

A instituição deverá ter, como serviços próprios ou contratados, na mesma área física, o suporte profissional nas seguintes áreas:

- a) saúde mental ou psicologia clínica;
- b) assistência social;
- c) fisioterapia;
- d) nutrição;
- e) farmácia;
- f) hemoterapia.

10.2 Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica

A unidade deve dispor de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos(às) portadores(as) de doenças cardiovasculares, em pacientes com idade até 18 anos.

O responsável técnico pelo Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular deverá ser um profissional da especialidade médico - cirurgia cardiovascular, com título de especialista em cardiologia e área de atuação em cardiologia clínica pediátrica, reconhecido pelo Departamento de Cardiologia Pediátrica, da Sociedade Brasileira de Cardiologia e/ou estágio em cardiologia

pediátrica, por no mínimo dois anos, em centro reconhecido pelo Departamento de Cardiologia Pediátrica, da Sociedade Brasileira de Cardiologia. O(A) médico(a) responsável técnico(a) por um serviço poderá atuar como profissional em um outro serviço credenciado pelo SUS, no mesmo estado ou em outro, mas somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou em cidades circunvizinhas.

A equipe da especialidade de cirurgia cardiovascular pediátrica deve contar com, pelo menos, mais um(a) médico(a) com título de especialista em cirurgia cardiovascular.

O serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica deverá contar ainda com um quantitativo suficiente de médicos(as) especializados(as) em cardiologia pediátrica para o atendimento ambulatorial, de enfermagem, nas intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório.

A equipe deve contar com um(a) enfermeiro(a) coordenador(a), com especialização em cardiologia reconhecida pelo MEC, ou com certificado de residência em cardiologia reconhecido pelo MEC, ou com título de especialista em enfermagem cardiovascular, reconhecido pela SOBENC.

O quantitativo de enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem necessários para o serviço pós-operatório de cirurgia cardiovascular pediátrica é de um(a) enfermeiro(a) para cada três leitos por turno, incluindo o(a) enfermeiro(a) coordenador(a), e um(a) técnico(a) em enfermagem para cada dois leitos. Para atendimento dos demais leitos da enfermagem de alta complexidade em cirurgia cardiovascular, um(a) enfermeiro(a), para cada oito leitos por turno, incluindo o(a) enfermeiro(a) coordenador(a) e um(a) técnico(a) em enfermagem para cada oito leitos.

A equipe será dimensionada conforme os critérios estabelecidos no **Quadro 33**.

Quadro 33 - Dimensionamento da equipe de enfermagem dos leitos cirúrgicos do serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica

| CARGO | QUANTIDADE |
|---|-------------------------------------|
| Médico – Cirurgia Cardiovascular Pediátrica | 01 responsável técnico ¹ |
| Médico – Cirurgia Cardiovascular Pediátrica | 01 para o serviço ¹ |
| Médico – Cardiologia Pediátrica ou Médico – Medicina Intensiva Pediatria ou Médico – Medicina Intensiva Neonatologia | 01 para cada 10 leitos ² |
| Médico – Anestesiologia | Disponível ¹ |
| Médico – Pediatra | Disponível ¹ |
| Enfermeiro | 01 para cada 8 leitos ¹ |
| Técnico em enfermagem | 01 para cada 8 leitos ¹ |

Fontes: Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2022¹ e EBSERH/DGP/CP/PP/Sedimp, 2026².

A equipe de enfermagem vinculada aos leitos de pós-operatório em alta complexidade de cirurgia cardiovascular será composta conforme os critérios descritos no **Quadro 34**.

Quadro 34– Dimensionamento da equipe para os leitos pós-operatório em alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica

| CARGO | QUANTIDADE |
|-----------------------|------------------|
| Enfermeiro | 01 para 3 leitos |
| Técnico em enfermagem | 01 para 2 leitos |

Fonte: Portaria de Consolidação nº 1/2022.

11. HEMODINÂMICA E ELETROFISIOLOGIA

A hemodinâmica, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), é o ramo da cardiologia que estuda a mecânica da circulação sanguínea, ou seja, o movimento do sangue através do sistema cardiovascular, incluindo artérias, veias e coração. Já a eletrofisiologia é a área que estuda a atividade elétrica das células e tecidos biológicos, abrangendo a medição e análise de potenciais e correntes elétricas, especialmente em órgãos como o coração e o sistema nervoso.

Os Serviços de Hemodinâmica e Eletrofisiologia integram a Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade por meio das seguintes habilitações:

- Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista;
- Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos;
- Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia.

Dessa forma, para realizar o dimensionamento dos serviços de hemodinâmica e eletrofisiologia, devem ser consideradas as seguintes informações:

- Tipos de habilitação;
- Mapa de funcionamento da unidade;

- Na eventualidade de os procedimentos de hemodinâmica e eletrofisiologia serem realizados no centro cirúrgico, o dimensionamento da equipe deverá seguir as diretrizes estabelecidas no **item 5 - Centro Cirúrgico**;

- O dimensionamento da equipe para os leitos de internação associados a esse serviço deverá observar as orientações do item **10 - Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade**;

- Para a hemodinâmica em cardiologia, devem ser consideradas as seguintes informações:

- Quantitativo de equipamentos em funcionamento por período: diurno/noturno e final de semana;
- Quantitativo de leitos de recuperação por período: diurno/noturno e final de semana;
- Se o equipamento é compartilhado com os serviços de neurologia e/ou eletrofisiologia.

- Caso o equipamento não seja compartilhado, as informações necessárias para hemodinâmica em neurologia são:

- Quantitativo de equipamentos em funcionamento por período: diurno/noturno e final de semana;
- Quantitativo de leitos de recuperação por período: diurno/noturno e final de semana.

- Se o equipamento não é compartilhado, as informações necessárias para o serviço de eletrofisiologia são:

- Se a equipe de enfermagem é compartilhada com o serviço de hemodinâmica;
- Quantitativo de equipamentos em funcionamento por período: diurno/noturno e final de semana;
- Quantitativo de leitos de recuperação por período: diurno/noturno e final de semana.

As informações acima permitem subsidiar o dimensionamento de pessoal dos serviços, seguindo os parâmetros estipulados pela Portaria GM/MS nº 210/2004 e Portaria de Consolidação nº 1/2022.

11.1 Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista

Trata-se de unidade assistencial especializada na realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos minimamente invasivos no sistema cardiovascular, como cineangiocoronariografia, angioplastia coronariana com ou sem implante de stent, valvoplastias e terapias transcater. Este é caracterizado como serviço de alta complexidade, demandando estrutura tecnológica avançada e equipe multiprofissional habilitada, conforme as diretrizes da atenção especializada em cardiologia e normativas do Ministério da Saúde (Portaria SAS/MS nº 210/2004 e Portaria de Consolidação nº 1/2022).

Deve contar com um(a) responsável técnico(a), médico(a) com certificado em área de atuação em hemodinâmica e cardiologia intervencionista, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. O(A) médico responsável técnico(a) por um serviço poderá atuar como profissional em um outro serviço credenciado pelo SUS, no mesmo estado ou em outro, mas somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou em cidades circunvizinhas.

A equipe da especialidade da cardiologia intervencionista deve contar com, pelo menos, mais um(a) médico(a) com certificado em área de atuação em hemodinâmica e cardiologia intervencionista, reconhecido pela Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.

O serviço assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista deverá contar, ainda, com um quantitativo de médicos(as) com título de especialista em cardiologia suficiente para o atendimento de enfermagem, nas intercorrências clínicas e cirúrgicas pós-procedimentos, contemplando cobertura 24 horas em regime de plantão de sobreaviso.

A unidade deve contar com médico(a) com certificado de residência médica ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

A equipe deve contar com um(a) enfermeiro(a) coordenador(a), com especialização ou residência em cardiologia reconhecidas pelo MEC, ou com título de especialista em enfermagem cardiovascular, reconhecido pela SOBENC.

O quantitativo de enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem necessários(as) para o atendimento aos procedimentos da cardiologia intervencionista e sala de recuperação é de um(a) enfermeiro(a) para o serviço, um(a) enfermeiro(a) para cada 10 leitos da sala de recuperação, incluindo o(a) enfermeiro(a) coordenador(a), e um(a) técnico(a) em enfermagem para cada quatro leitos.

O setor deve ter técnico(a) em radiologia com experiência em hemodinâmica e treinamento adequados para operar os equipamentos de radiodiagnóstico de angiografia. Este deve conhecer os princípios físicos das radiações e medidas de proteção e ser credenciado no Conselho Técnico de Radiologia (CONTER).

O dimensionamento da equipe assistencial deve contemplar o descrito no **Quadro 35**.

Quadro 35 – Dimensionamento da equipe mínima do serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista

| CARGO | QUANTIDADE |
|--|--|
| Médico – Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista | 01 responsável técnico ¹ |
| Médico – Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista | Disponível ¹ |
| Médico – Cardiologia | Sobreaviso ¹ |
| Médico – Cardiologia | 01 para cada 10 leitos ² |
| Médico – Anestesiologia | Disponível ¹ |
| Enfermeiro – Cardiologia - Hemodinâmica | 01 coordenador ¹ |
| Enfermeiro | 01 para 10 leitos em SRPA ¹ |
| Técnico em enfermagem | 01 para 04 leitos em SRPA ¹ |
| Técnico em radiologia ou Tecnólogo | Disponível ¹ |

Fontes: Portaria de Consolidação nº 1/2022¹ e EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026².

11.2 Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos

Trata-se de unidade assistencial especializada na realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos minimamente invasivos em território vascular extracardíaco, como angioplastias periféricas, embolizações, implante de endopróteses, trombectomias, entre outros. Enquadra-se como serviço de alta complexidade pela natureza tecnológica, risco envolvido e necessidade de equipe multiprofissional qualificada, conforme diretrizes do SUS e regulamentação do Ministério da Saúde (Portaria SAS/MS nº 210/2004 e Portaria de Consolidação nº 1/2022).

O serviço deve contar com um(a) responsável técnico(a), preferencialmente com especialização em cirurgia vascular ou radiologia intervencionista com área de atuação em procedimentos endovasculares, reconhecida pelas Sociedade Brasileira Angiologia e Cirurgia Vascular e/ou Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular (CBR). Na ausência de profissional com esta área de atuação, o(a) responsável técnico(a) poderá ser cirurgião cardiovascular ou cardiologista intervencionista, com os respectivos títulos de especialistas das Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.

O(a) médico(a) responsável técnico(a) por um serviço poderá atuar como profissional em um outro serviço credenciado pelo SUS, no mesmo estado ou em outro, mas somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou em cidades circunvizinha.

A equipe deve contar com, pelo menos, mais um(a) médico(a) com título de especialista da Sociedade Brasileira Angiologia e Cirurgia Vascular ou Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular ou Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular ou Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.

Para atendimento diário e em regime de plantão, o serviço deve possuir médico(a) com certificado de residência médica ou título de especialista em clínica médica.

A unidade deve contar, também, com médico(a) com certificado de residência médica ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

A equipe deve contar com um(a) enfermeiro(a) coordenador(a), com especialização em cardiologia reconhecida pelo MEC, ou com certificado de residência em cardiologia reconhecida pelo MEC, ou com título de especialista em enfermagem cardiovascular, reconhecido pela SOBENC.

O quantitativo de enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem necessários(as) para o atendimento do serviço de procedimentos da cardiologia intervencionista e da sala de recuperação é de um(a) enfermeiro(a) para cada 14 leitos reservados para atendimento em sala de recuperação hemodinâmica e/ou em unidade de internação por turno e um técnico(a) em enfermagem para cada oito leitos.

O setor deve ter técnico(a) em radiologia com experiência em angiorradiologia e treinamento adequado para operar os equipamentos de radiodiagnóstico de angiografia. Este deve conhecer os princípios físicos das radiações e medidas de proteção e ser credenciado no Conselho Técnico de Radiologia (CONTER).

O dimensionamento da equipe assistencial deve contemplar o descrito no **Quadro 36**.

Quadro 36 – Dimensionamento da equipe mínima no serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos endovasculares extracardíacos

| CARGO | QUANTIDADE |
|--|--|
| Médico – Cirurgia Vascular ou Médico - Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia | 01 responsável técnico ¹ |
| Médico – Cirurgia Vascular ou Médico – Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular ou Médico – Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia ou Médico – Cirurgia Cardiovascular ou Médico – Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista | 01 para o serviço ¹ |
| Médico – Clínica Médica | 01 para cada 10 leitos ² |
| Médico – Anestesiologia | Disponível ¹ |
| Enfermeiro – Cardiologia | 01 coordenador ¹ |
| Enfermeiro | 01 para 14 leitos em SRPA ¹ |
| Técnico em enfermagem | 01 para 08 leitos em SRPA ¹ |
| Técnico em radiologia | Disponível ¹ |

Fontes: Portaria de Consolidação nº 1/2022¹ e EBSERH/DGP/ CPP/Sedimp, 2026².

11.3 Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia

Trata-se de unidade assistencial especializada na realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos no tratamento de arritmias cardíacas, como estudo eletrofisiológico, ablação por radiofrequência e implante de dispositivos cardíacos eletrônicos. Caracteriza-se como serviço de alta complexidade, conforme diretrizes do SUS, e requer infraestrutura tecnológica específica e equipe multiprofissional qualificada, conforme normativas do Ministério da Saúde (Portaria SAS/MS nº 210/2004 e Portaria de Consolidação nº 1/2022).

Tal unidade assistencial deve contar com responsável técnico(a), médico(a) com título de especialista com área de atuação em eletrofisiologia, habilitado(a) pelo Departamento de Arritmias e Eletrofisiologia Clínica (DAEC), da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Esse(a) responsável técnico(a) pelo serviço poderá atuar como profissional em um outro serviço credenciado pelo SUS, no mesmo estado ou em outro, mas somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou em cidades circunvizinhas.

A equipe de eletrofisiologia deve contar, preferencialmente, com mais um(a) médico(a) com certificado na área de atuação em eletrofisiologia, habilitado(a) pelo Departamento de Arritmias e Eletrofisiologia Clínica (DAEC), da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Na ausência deste, poderá ser um(a) cardiologista com residência médica ou especialização credenciadas pelo MEC ou título de especialista pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Deverá contar com quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem, intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório e 1 (um) ambulatório semanal.

Para atendimento diário e em regime de sobreaviso, o serviço deve contar com cardiologistas, com certificado de residência médica, especialização ou título de especialista em clínica cardiológica, e com treinamento em eletrofisiologia.

A unidade deve contar, também, com médico(a) com certificado de residência médica ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

A equipe deve contar com um(a) enfermeiro(a) coordenador(a), com residência em cardiologia ou especialização em cardiologia reconhecidas pelo MEC, ou com título de especialista em enfermagem cardiovascular, reconhecido pela SOBENC.

O quantitativo de enfermeiros(as) e técnicos(as) em enfermagem necessários(as) para o atendimento do laboratório de eletrofisiologia e da sala de recuperação é de um(a) enfermeiro(a) para o serviço, um(a) enfermeiro(a) para cada 10 leitos da sala de recuperação, incluindo o(a) coordenador(a) e um(a) técnico(a) em enfermagem para cada quatro leitos.

O setor deve ter técnico(a) em radiologia com experiência em eletrofisiologia e treinamento adequado para operar os equipamentos de radiodiagnóstico de angiografia. Este(a) deve conhecer os princípios físicos das radiações e medidas de proteção e ser credenciado no Conselho Técnico de Radiologia (CONTER).

O dimensionamento da equipe assistencial deve contemplar o descrito no **Quadro 37**.

Quadro 37 – Dimensionamento da equipe mínima para o serviço de assistência de alta complexidade em laboratório de eletrofisiologia

| CARGO | QUANTIDADE |
|--|--|
| Médico – Cardiologia – Eletrofisiologia Clínica Invasiva | 01 responsável técnico ¹ |
| Médico – Cardiologia – Eletrofisiologia Clínica Invasiva ou Médico – Cardiologia | 01 para o serviço ¹ |
| Médico – Cardiologia | 01 para cada 10 leitos ² |
| Médico – Cardiologia | Sobreaviso ¹ |
| Médico – Anestesiologia | 01 para o serviço ¹ |
| Enfermeiro – Cardiologia | 01 coordenador ¹ |
| Enfermeiro | 01 para 10 leitos em SRPA ¹ |

| | |
|-----------------------|--|
| Técnico em enfermagem | 01 para 04 leitos em SRPA ¹ |
| Técnico em radiologia | 01 para o serviço ¹ |

Fontes: Portaria de Consolidação nº 1/2022¹ e EBSEH/DGP/CP/Seimp, 2026².

12. ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO INDIVÍDUO COM OBESIDADE

Trata-se de serviço hospitalar habilitado para assistência de alta complexidade destinado ao atendimento integral de pessoas com obesidade, envolvendo avaliação clínica, acompanhamento multiprofissional, tratamento cirúrgico e seguimento pós-operatório. Caracteriza-se pelo uso de tecnologias especializadas, exigência de equipe multidisciplinar capacitada e cumprimento dos critérios definidos pela Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013 e pela Portaria de Consolidação nº 3/2017.

Para ser credenciado/habilitado em assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade, o estabelecimento de saúde deve contar com serviço de cirurgia bariátrica, cujo responsável técnico deve ser médico(a) especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo, comprovada por registro dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. Cada médico(a) responsável técnico só poderá assumir um único estabelecimento credenciado/habilitado pelo SUS, devendo este residir no mesmo município onde está situado o estabelecimento habilitado ou em cidade circunvizinha.

A equipe de cirurgia bariátrica deve contar com, pelo menos, mais um médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo além do responsável técnico, e contar com número suficiente de profissionais para a assistência nos leitos habilitados, em ambulatório e para as intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório.

A equipe mínima deve ser composta por médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo, nutricionista, psicólogo ou psiquiatra e clínico geral ou endocrinologista.

A equipe complementar deve contar, em caráter permanente, com:

- Equipe médica composta por especialistas em: clínica médica, cardiologia, pneumologia, endocrinologia, angiologia/cirurgia vascular, cirurgia plástica e anestesiologia;
- Equipe de enfermagem;
- Assistente social;
- Fisioterapeuta.

Quadro 38 – Dimensionamento da equipe mínima para o serviço de alta complexidade ao indivíduo com obesidade

| CARGO | QUANTIDADE |
|--|--|
| Médico - Cirurgia Geral ou Médico - Cirurgia do Aparelho Digestivo | 01 responsável técnico ¹ |
| Médico - Cirurgia Geral ou Médico - Cirurgia do Aparelho Digestivo | 01 para o serviço ¹ |
| Médico - Cirurgia do Aparelho Digestivo | 01 para cada 15 leitos cirúrgicos ² |
| Médico - Endocrinologia e Metabologia ou Médico - Clínica Médica | 01 para cada 12 leitos clínicos ² |
| Médico - Cardiologia | Disponível ¹ |

| | |
|---|--|
| Médico - Cirurgia Vascular ou Médico - Angiologia | Disponível ¹ |
| Médico - Cirurgia Plástica | Disponível ¹ |
| Médico - Pneumologia | Disponível ¹ |
| Médico - Anestesiologia | Disponível ¹ |
| Enfermeiro | Disponível |
| Técnico em enfermagem | Disponível |
| Nutricionista | 01 para 15 leitos de alta complexidade e 1 para 30 leitos de média complexidade ³ |
| Psicólogo | 01 para cada 30 leitos ² |
| Assistente social | Disponível ¹ |
| Fisioterapeuta | Disponível ¹ |

Fontes: Portaria de Consolidação nº 3/GMMS/2017¹; EBSERH/DGP/ CPP/Sedimp, 2026² e Resolução CFN Nº 600/2018³.

13. CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS

Conforme disposto na Portaria de Consolidação nº 3/2017, consideram-se Centros de Referência em Assistência a Queimados os hospitais ou serviços devidamente cadastrados como tal, que, por possuírem maior nível de complexidade, infraestrutura adequada, condições técnicas, equipamentos específicos e equipe multiprofissional qualificada, estão aptos a oferecer atendimento especializado a pacientes vítimas de queimaduras, integrando-se como referência na rede de atenção a queimados.

A assistência prestada contempla os diversos níveis de complexidade, com atuação de equipes multiprofissionais e o uso de métodos e técnicas terapêuticas específicas para o cuidado integral a pacientes queimados.

Os cargos dimensionados para os serviços voltados à assistência a queimados seguem os critérios estabelecidos na Portaria de Consolidação nº 3/2017, considerando as especificidades da assistência e o nível de complexidade da unidade habilitada.

Para o dimensionamento da equipe assistencial devem-se considerar as seguintes variáveis:

- Número de leitos;
- Existência de atendimento pediátrico;
- Tipos de serviços habilitados.

Os Centros de Referência em Assistência a Queimados podem ser habilitados em dois níveis:

- Alta Complexidade;
- Intermediário.

13.1 Centros de Referência em Assistência a Queimados – Alta Complexidade

Para que o hospital seja cadastrado como Centro de Referência em Assistência a Queimados – Alta Complexidade, é necessário que esteja vinculado a um hospital classificado como tipo I, II ou III, conforme definido pelo Sistema Estadual de

Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência. Este hospital deve oferecer atendimentos nos níveis de urgência/emergência, ambulatorial e internação hospitalar.

O responsável técnico e administrativo deverá ser um(a) médico(a) cirurgião plástico, com título de especialista reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica ou com Residência Médica em Cirurgia Plástica reconhecida pelo MEC, com carga horária de 40 horas semanais.

O responsável técnico em enfermagem será um(a) enfermeiro(a), com carga horária de 40 horas semanais.

O serviço deve contar, ainda, com o seguinte corpo profissional:

- um(a) cirurgião(ã) plástico(a) em regime de plantão nas 24 horas do dia, podendo ser o(a) cirurgião(ã) plástico(a) do serviço de urgência/emergência, se houver;
- um(a) médico(a) intensivista, podendo ser o(a) médico(a) da unidade de terapia intensiva, classificada como tipo II ou III, em regime de plantão nas 24 horas do dia;
- um(a) médico(a) intensivista pediátrico(a), podendo ser o(a) médico(a) da unidade de tratamento intensivo pediátrica, classificada como tipo II ou III, em regime de plantão nas 24 horas do dia, se o centro prestar atendimento pediátrico;
- um(a) anestesista em regime de plantão nas 24 horas do dia, podendo ser o(a) anestesista de plantão do serviço de urgência/emergência;
- um(a) cirurgião(ã) plástico(a) diarista por turno de trabalho;
- um(a) clínico(a) geral diarista por turno de trabalho;
- um(a) pediatra diarista por turno de trabalho, se o Centro prestar atendimento pediátrico;
- um(a) fisioterapeuta diarista por turno de trabalho;
- um(a) nutricionista.

A equipe de enfermagem deve ter a seguinte composição:

- um(a) enfermeiro(a), por turno de trabalho, exclusivo da unidade de internação de queimados;
- um(a) técnico(a) em enfermagem para cada dois leitos ou fração, nos turnos manhã e tarde, na enfermaria de queimados;
- um(a) técnico(a) em enfermagem para cada quatro leitos ou fração, no turno da noite, na enfermaria de queimados.

O dimensionamento de equipe mínima para o Centro de Referência em Assistência a Queimados – Alta Complexidade está contido no **Quadro 39**.

Quadro 39 – Dimensionamento de equipe mínima para o centro de referência em assistência a queimados – alta complexidade

| CARGO | QUANTIDADE |
|--|---|
| Médico – Cirurgia Plástica | 01 responsável técnico |
| Médico – Cirurgia Plástica | Plantonista ou do serviço de urgência/emergência, se houver |
| Médico – Medicina Intensiva Adulto | Plantonista ou da Unidade de Tratamento Intensivo, se houver |
| Médico – Medicina Intensiva Pediátrica | Plantonista ou da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica, se houver (se atendimento pediátrico) |
| Médico – Anestesiologista | Plantonista ou do serviço de urgência/emergência, se houver |
| Médico – Cirurgia Plástica | 01 por turno |
| Médico – Clínica Médica | 01 por turno |
| Médico – Pediatria | 01 por turno (se atendimento pediátrico) |
| – | 01 responsável técnico |

| | |
|-----------------------|--|
| Enfermeiro | 01 por turno (exclusivo) |
| Técnico em enfermagem | 01 para 2 leitos (manhã/tarde) 01 para 4 leitos (noite) |
| Fisioterapeuta | 01 diarista por turno |
| Nutricionista | 01 para o serviço |

Fonte: Portaria de Consolidação nº 3/2017.

Para fins de dimensionamento da equipe, os(as) profissionais que constam como “diarista” são contabilizados por um turno de trabalho.

No caso dos(as) médicos(as) plantonistas das especialidades de cirurgia plástica e anestesiologia, estes podem ser os(as) plantonistas da unidade de urgência e emergência, desde que o hospital disponha deste serviço. No caso dos(as) médicos(as) plantonistas das especialidades medicina intensiva (adulto e pediátrica), estes podem ser os(as) plantonistas da unidade de terapia intensiva, desde que o hospital disponha deste serviço.

13.2 Centros de Referência em Assistência a Queimados – Intermediário

Os Centros de Referência em Assistência a Queimados – Intermediário, somente poderão ser habilitados, em caráter transitório, quando instalados em hospitais tipo I, II ou III, classificados no Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência. Essa habilitação será permitida nos casos em que os Estados não dispuserem de, pelo menos, um serviço habilitado como Centro de Referência em Alta Complexidade.

O responsável técnico e administrativo deverá ser médico(a), com carga horária semanal de 40 horas. Já o responsável técnico e administrativo de enfermagem deverá ser enfermeiro(a), também com carga horária de 40 horas semanais.

O Centro deve contar, ainda, com:

- um(a) cirurgião(ã) plástico(a) alcançável, 24 horas por dia;

- um(a) médico(a) Intensivista em regime de plantão nas 24 horas do dia;
- um(a) médico(a) intensivista pediátrico(a) em regime de plantão nas 24 horas do dia, se o Centro prestar atendimento pediátrico;
- um(a) anestesista em regime de plantão nas 24 horas do dia;
- um(a) médico(a) clínico(a) geral diarista por turno de trabalho;
- um(a) pediatra diarista por turno de trabalho, se o Centro prestar atendimento pediátrico;
- um(a) fisioterapeuta diarista por turno de trabalho;
- um(a) psicólogo(a);
- um(a) assistente social;
- um(a) farmacêutico;
- um(a) nutricionista.

A equipe de enfermagem deve ter um(a) enfermeiro(a) por turno de trabalho e um(a) técnico(a) em enfermagem para cada quatro leitos.

O dimensionamento de equipe mínima para o Centro de Referência em Assistência a Queimados – Intermediário está contido no **Quadro 40**.

Quadro 40 – Dimensionamento da equipe do centro de referência em assistência a queimados – intermediário

| CARGO | QUANTIDADE |
|--|---|
| Médico – Qualquer Área | 1 responsável técnico |
| Médico – Cirurgia Plástica | Sobreaviso |
| Médico – Medicina Intensiva Adulto | Plantonista |
| Médico – Medicina Intensiva Pediátrica | Plantonista (se atendimento pediátrico) |
| Médico – Anestesiologista | Plantonista |
| Médico – Clínica Médica | 1 por turno |
| Médico – Pediatria | 1 por turno (se atendimento pediátrico) |
| Enfermeiro | 1 responsável técnico |
| Enfermeiro | 1 por turno |
| Técnico em enfermagem | 1 para 4 leitos |
| Fisioterapeuta | 1 por turno |
| Nutricionista | 1 para o serviço |
| Psicólogo | 1 para o serviço |
| Assistente Social | 1 para o serviço |
| Farmacêutico | 1 para o serviço |

Fonte: Portaria de Consolidação nº 3/2017.

14. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIÁRIOS

Conforme disposto na Portaria nº 2862/2023, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) caracteriza-se como o serviço destinado ao cuidado crítico e progressivo de pacientes em estado grave ou com alto risco clínico ou cirúrgico que demandam cuidados intensivos e ininterruptos com monitorização contínua durante as 24 horas do dia.

Já a Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) corresponde ao serviço hospitalar voltado a pacientes com risco clínico ou cirúrgico moderado que necessitam de cuidados semi-intensivos ou intermediários entre a unidade de internação e a UTI, também com monitorização contínua ao longo das 24 horas.

As UTI e UCI devem estar articuladas em uma linha de cuidado progressivo, de acordo com a condição clínica e o grau de complexidade assistencial do(a) paciente, dispondo de equipamentos e equipe multidisciplinar especializados.

Nos termos da Portaria nº 2862/2023, as tipologias hospitalares de UTI são classificadas da seguinte forma:

- Unidade de Terapia Intensiva Adulto - UTI-a, tipo II e tipo III;
- Unidade de Terapia Intensiva Coronariana - UCO, tipo II e tipo III;
- Unidade de Terapia Intensiva Queimados - UTI-q;
- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - UTI-p, tipo II e tipo III;
- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN, tipo II e tipo III.

Quanto às UCI, estas são classificadas nas seguintes tipologias:

- Unidade de Cuidado Intermediário Adulto - UCI-a;
- Unidade de Cuidado Intermediário Pediátrica - UCI-p;
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional - UCINCo;
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru - UCINCa.

Poderíamos explicar, e não apenas citar, o que define UTI tipo I, II e III.

De acordo com o Parecer CFM nº 24/2019, as Unidades de Terapia Intensiva são assim definidas:

UCI: unidade de atendimento a pacientes que requerem assistência da enfermagem ou da fisioterapia ou monitorização contínua;

UTI nível II: unidade de atendimento a pacientes críticos, instabilidade fisiológica, risco de morte, os quais requerem monitorização e/ou intervenções invasivas complexas;

UTI nível III: unidade de atendimento a pacientes críticos, com instabilidade fisiológica, risco de morte elevado, os quais requerem monitorização e/ou intervenções invasivas altamente complexas.

14.1 Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo II

De acordo com a Portaria nº 2862/2023, as UTI-a Tipo II devem dispor de médico(a) responsável técnico(a), com habilitação em terapia intensiva comprovada por título ou residência médica certificada pelo MEC, com jornada mínima de quatro horas diárias, podendo acumular a função de médico(a) rotineiro(a).

O médico(a) rotineiro(a) também deve ter habilitação em terapia intensiva comprovada por título ou residência médica certificada pelo MEC, e jornada de quatro horas diárias dedicadas à unidade.

O(A) médico(a) plantonista deverá contar com, no mínimo, três certificações entre as descritas a seguir:

- suporte avançado de vida em cardiologia;
- fundamentos em medicina intensiva;
- via aérea difícil;
- ventilação mecânica;
- suporte do doente neurológico grave.

O(A) enfermeiro(a) coordenador(a), com jornada mínima de quatro horas diárias, poderá acumular a função de rotineiro, sendo exigida, para ambas as funções, a habilitação em terapia intensiva devidamente comprovada por título.

O(A) fisioterapeuta responsável técnico(a) terá jornada diária mínima de seis horas e deverá ter no mínimo dois anos de experiência profissional, comprovada em unidade de terapia intensiva. O(A) fisioterapeuta plantonista será exclusivo(a) em pelo menos três turnos, perfazendo um total de 18 horas diárias.

O(A) médico(a) e o(a) enfermeiro(a) poderão assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, duas UTI.

O **Quadro 41** apresenta o dimensionamento para a equipe assistencial UTI-a Tipo II.

Quadro 41 – Dimensionamento da equipe assistencial UTI-a tipo II

| CARGO | QUANTIDADE |
|--|--|
| Médico – Medicina Intensiva | 1 responsável técnico |
| Médico – Medicina Intensiva (rotineiro) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Médico (plantonista) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Enfermeiro – Terapia Intensiva | 1 coordenador |
| Enfermeiro – Terapia Intensiva (rotineiro) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Enfermeiro (plantonista) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Fisioterapeuta – especialista em terapia intensiva | 1 responsável técnico |
| Fisioterapeuta (plantonista) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Fonoaudiólogo | Disponível para a unidade |
| Psicólogo | Disponível para a unidade |
| Técnico em enfermagem | 1 para cada 2 (dois) leitos, em cada turno |

Fonte: Portaria nº 2.862/2023.

14.2 Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo III

A UTI-a Tipo III deverá contar com, no mínimo, 50% dos(as) médicos(as) plantonistas com habilitação específica em terapia intensiva, devidamente comprovada por título ou residência médica certificada pelo MEC.

O(A) responsável técnico(a) da equipe de fisioterapia deverá possuir especialização em terapia intensiva ou em área correlatada, diretamente relacionada à assistência ao paciente crítico, de acordo com a modalidade de atuação.

O dimensionamento da equipe assistencial para a UTI-a Tipo III está apresentado no **Quadro 42**.

Quadro 42 – Dimensionamento da equipe assistencial UTI-a tipo III

| CARGO | QUANTIDADE |
|---|--|
| Médico – Medicina Intensiva | 1 responsável técnico |
| Médico – Medicina Intensiva (rotineiro) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Médico (plantonista) | 1 para cada 5 (cinco) leitos ou fração |
| Enfermeiro – Terapia Intensiva | 1 coordenador |
| Enfermeiro – Terapia Intensiva (rotineiro) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Enfermeiro (plantonista) | 1 para cada 5 (cinco) leitos ou fração |
| Fisioterapeuta – especialista profissional em Fisioterapia em Terapia Intensiva | 1 responsável técnico |
| Fisioterapeuta (plantonista) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Fonoaudiólogo | Disponível para a unidade |

| | |
|-----------------------|--|
| Psicólogo | Disponível para a unidade |
| Técnico em enfermagem | 1 para cada 2 (dois) leitos, em cada turno |

Fonte: Portaria nº 2.862/2023.

14.3 Unidade de Terapia Intensiva Coronariana e Unidade de Terapia Intensiva para Queimados

Segundo disposto em Portaria nº 2.862/2023, a Unidade de Terapia Intensiva Coronariana ou Unidade Coronariana (UCO) constitui-se como unidade de terapia intensiva especializada no atendimento a pacientes com síndrome coronariana aguda.

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 3/2017, a UCO pode ser classificada como Tipo II ou III, devendo seu dimensionamento ser compatível com o das UTI-a Tipo II e III, respectivamente.

No que se refere à Unidade de Terapia Intensiva para Queimados (UTI-q), esta também tem como referência normativa a Portaria nº 2.862/2023, adotando critérios de dimensionamento compatíveis com os das UTI-a Tipo II e III e da UTI-p, conforme o perfil da população atendida.

14.4 Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Tipo II

De acordo com a Resolução nº 7/2010, a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-p) destina-se à assistência de pacientes com idade entre 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas de cada instituição.

A Portaria 2.862/2023 define as normas para o funcionamento da UTI-p tipo II e esta deve contar com médico(a) responsável técnico(a) com jornada mínima de 4 (quatro) horas diárias, podendo acumular o papel de médico(a) rotineiro(a). Tal profissional deve ter habilitação em terapia intensiva pediátrica comprovada por título ou residência médica certificada pelo MEC.

O(A) médico(a) rotineiro(a) também possuirá jornada de quatro horas diárias para a unidade e a mesma habilitação supracitada.

O(A) médico(a) plantonista deverá contar com, no mínimo, três certificações entre as descritas a seguir:

- suporte avançado de vida em pediatria;
- fundamentos em terapia intensiva pediátrica;
- via aérea difícil;
- ventilação mecânica;
- suporte do doente pediátrico grave.

O(A) enfermeiro(a) coordenador(a), com jornada mínima de quatro horas diárias, poderá acumular a função de rotineiro, sendo exigida, para ambas as funções, a habilitação em terapia intensiva pediátrica devidamente comprovada por título ou residência médica certificada pelo MEC.

O(A) fisioterapeuta responsável técnico(a) terá jornada diária mínima de seis horas e deverá ter no mínimo dois anos de experiência profissional, comprovada em unidade de terapia intensiva pediátrica. O(A) fisioterapeuta plantonista será exclusivo em pelo menos três turnos, perfazendo um total de 18 horas diárias.

O(A) médico(a) e o(a) enfermeiro(a) poderão assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, duas UTI.

O dimensionamento para a equipe assistencial UTI-p Tipo II encontra-se no **Quadro 43**.

Quadro 43 – Dimensionamento da equipe assistencial UTI-P tipo II

| CARGO | QUANTIDADE |
|--|---------------------------------------|
| Médico – Medicina Intensiva Pediátrica | 1 responsável técnico |
| Médico – Medicina Intensiva Pediátrica (rotineiro) | 1 para 10 (dez) leitos ou fração |
| Médico (plantonista) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Enfermeiro – Terapia Intensiva Pediátrica | 1 coordenador |
| Enfermeiro – Terapia Intensiva Pediátrica (rotineiro) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Enfermeiro (plantonista) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Fisioterapeuta – especialista profissional em Fisioterapia em Terapia Intensiva – Área de Atuação: Assistência Fisioterapêutica em Pediatria | 1 responsável técnico |
| Fisioterapeuta (plantonista) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |

| | |
|-----------------------|--|
| Fonoaudiólogo | Disponível para a unidade |
| Psicólogo | Disponível para a unidade |
| Técnico em enfermagem | 1 para cada 2 (dois) leitos, em cada turno |

Fonte: Portaria nº 2.862/2023.

14.5 Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Tipo III

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P) Tipo III deverá contar com, no mínimo 50% dos(as) médicos(as) plantonistas com habilitação específica em terapia intensiva pediátrica, devidamente comprovada por título ou residência médica certificada pelo MEC.

O(A) responsável técnico(a) da equipe de fisioterapia deverá possuir especialização em terapia intensiva ou em área correlatada, diretamente relacionada à assistência ao paciente crítico, de acordo com a modalidade de atuação.

O dimensionamento da equipe assistencial para a UTI-p Tipo III está apresentado no **Quadro 44**.

Quadro 44 – Dimensionamento da equipe assistencial UTI-p tipo III

| CARGO | QUANTIDADE |
|--|--|
| Médico – Medicina Intensiva Pediátrica | 1 responsável técnico |
| Médico – Medicina Intensiva Pediátrica (rotineiro) | 1 para 10 (dez) leitos ou fração |
| Médico (plantonista) | 1 para cada 5 (cinco) leitos ou fração |
| Enfermeiro – Terapia Intensiva Pediátrica | 1 coordenador |
| Enfermeiro – Terapia Intensiva Pediátrica (rotineiro) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Enfermeiro (plantonista) | 1 para cada 5 (cinco) leitos ou fração |
| Fisioterapeuta – especialista profissional em Fisioterapia em Terapia Intensiva – Área de Atuação: Assistência Fisioterapêutica em Pediatria | 1 responsável técnico |

| | |
|------------------------------|--|
| Fisioterapeuta (plantonista) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Fonoaudiólogo | Disponível para a unidade |
| Psicólogo | Disponível para a unidade |
| Técnico em enfermagem | 1 para cada 2 (dois) leitos, em cada turno |

Fonte: Portaria nº 2.862/2023.

14.6 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II e III

De acordo com a Resolução nº 7/2010, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N) destina-se à assistência de pacientes com idade entre zero e 28 dias.

O dimensionamento da UTI-N Tipo II tem como referência normativa a Portaria de Consolidação nº 3/2017, que define que o(a) médico(a) responsável técnico(a) deverá possuir jornada mínima de quatro horas diárias e contará com habilitação em neonatologia ou título de especialista em medicina intensiva pediátrica fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em medicina intensiva pediátrica reconhecidas pelo MEC.

O(A) médico(a) diarista também deverá possuir jornada mínima de quatro horas diárias e contará com a mesma habilitação do(a) médico(a) responsável técnico(a).

O(A) enfermeiro(a) coordenador(a) deverá cumprir uma jornada mínima de oito horas diárias e possuir habilitação em neonatologia ou, alternativamente,

comprovar experiência profissional mínima de dois anos em terapia intensiva pediátrica ou neonatal.

Já o(a) fisioterapeuta coordenador(a) deverá cumprir jornada mínima de seis horas e possuir, no mínimo, dois anos de experiência profissional comprovada em unidade terapia intensiva pediátrica ou neonatal.

O(A) médico(a) responsável técnico(a) poderá acumular a função de médico(a) diarista e o(a) coordenador(a) de fisioterapia poderá ser um(a) dos(as) fisioterapeutas assistenciais da unidade.

O dimensionamento da equipe assistencial para a UTI-N tipo II está expresso no **Quadro 45**.

Quadro 45 – Dimensionamento da equipe assistencial UTI-N tipo II

| CARGO | QUANTIDADE |
|---|---------------------------------------|
| Médico – Medicina Intensiva Pediátrica ou com área de atuação em Neonatologia | 1 responsável técnico |
| Médico – Medicina Intensiva Pediátrica ou com área de atuação em Neonatologia (rotineiro) | 1 para 10 (dez) leitos ou fração |
| Médico – Medicina Intensiva Pediátrica ou com área de atuação em Neonatologia (plantonista) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Enfermeiro – Terapia Intensiva Neonatal (coordenador) | 1 para a unidade |

| | |
|---|--|
| Enfermeiro (plantonista) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno |
| Fisioterapeuta – especialista profissional em Fisioterapia em Terapia Intensiva – Área de Atuação: Assistência Fisioterapêutica em Neonatologia | 1 para a unidade |
| Fisioterapeuta (plantonista) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Técnico em enfermagem | 1 para cada 2 (dois) leitos, em cada turno |
| Fonoaudiólogo | Disponível |

Fonte: Portaria de Consolidação nº 3/2017.

O dimensionamento da UTI-N Tipo III tem como referência normativa a Portaria de Consolidação nº 3/2017. A unidade deverá contar com, no mínimo, 50% dos(as) médicos(as) plantonistas com habilitação específica em neonatologia ou com título de especialista ou residência médica credenciada pelo MEC em medicina intensiva pediátrica.

O(A) enfermeiro(a) coordenador(a) deve possuir habilitação em terapia intensiva neonatal comprovada por título ou certificado de residência credenciada pelo MEC, ou comprovar, no mínimo, cinco anos de experiência profissional na área.

O(A) coordenador(a) de fisioterapia deverá apresentar título de especialização ou residência credenciada pelo MEC em terapia intensiva pediátrica ou neonatal, ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave.

O dimensionamento da equipe assistencial da UTI-N tipo III encontra-se detalhado no **Quadro 46**.

Quadro 46 – Dimensionamento da equipe assistencial UTI-N tipo III

| CARGO | QUANTIDADE |
|---|---|
| Médico – Medicina Intensiva Pediátrica ou com área de atuação em Neonatologia | 1 responsável técnico |
| Médico – Medicina Intensiva Pediátrica ou com área de atuação em Neonatologia (rotineiro) | 1 para 10 (dez) leitos ou fração |
| Médico – Medicina Intensiva Pediátrica ou com área de atuação em Neonatologia (plantonista) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |
| Enfermeiro – Terapia Intensiva Neonatal (coordenador) | 1 para a unidade |
| Enfermeiro (plantonista) | 1 para cada 5 (cinco) leitos ou fração, em cada turno |
| Fisioterapeuta – especialista profissional em Fisioterapia em Terapia Intensiva – Área de Atuação: Assistência Fisioterapêutica em Neonatologia | 1 para a unidade |
| Fisioterapeuta (plantonista) | 1 para cada 10 (dez) leitos ou fração |

| | |
|-----------------------|--|
| Técnico em enfermagem | 1 para cada 2 (dois) leitos, em cada turno |
| Fonoaudiólogo | Disponível |

Fonte: Portaria de Consolidação nº 3/2017.

14.7 Unidade de Cuidado Intermediário Adulto

A Portaria 2.862/2023 estabelece as normas para o funcionamento da Unidade de Cuidado Intermediário (UCI-a) que deve dispor de médico(a) rotineiro(a) com jornada de quatro horas diárias para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título ou residência credenciada pelo MEC. Da mesma forma, o(a) enfermeiro(a) rotineiro(a), com jornada de quatro horas diárias para a unidade, deve possuir habilitação em Terapia Intensiva, também comprovada por título ou certificado de residência credenciada pelo MEC.

O(A) fisioterapeuta plantonista será exclusivo(a) da unidade em pelo menos três turnos, perfazendo um total de 18 horas diárias.

Nos hospitais que possuem, simultaneamente, UTI-a e UCI-a, os(as) profissionais das áreas de psicologia e fonoaudiologia deverão atender ambas as unidades, assegurando a continuidade do cuidado. Além disso, o(a) médico(a), o(a) enfermeiro(a) e o(a) fisioterapeuta responsáveis técnicos(as) pela UTI-a deverão assumir, também, a responsabilidade técnica pela UCI-a, promovendo a integração na gestão assistencial e no gerenciamento de leitos. No entanto, poderá ser designado um(a) coordenador(a) adjunto(a) ou responsável técnico(a) específico(a) para a UCI-a, conforme a organização interna da instituição.

O dimensionamento da equipe assistencial para a UCI-a encontra-se apresentado no **Quadro 47**.

Quadro 47 – Dimensionamento da equipe assistencial UCI-a

| CARGO | QUANTIDADE |
|--|---|
| Médico – Medicina Intensiva (rotineiro) | 1 para a unidade |
| Médico (plantonista) | 1 para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno |
| Enfermeiro – Terapia Intensiva (rotineiro) | 1 para a unidade |
| Enfermeiro (plantonista) | 1 para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno |
| Fisioterapeuta (plantonista) | 1 para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno |
| Fonoaudiólogo | Disponível |
| Psicólogo | Disponível |
| Técnico em enfermagem | 1 para cada 5 (cinco) leitos, em cada turno |

Fonte: Portaria nº 2.862/2023.

14.8 Unidade de Cuidado Intermediário Pediátrica

A Portaria 2.862/2023 estabelece as normas para o funcionamento da Unidade de Cuidado Intermediário Pediátrica (UCI-p), determinando que esta deve contar com médico(a) rotineiro(a) com jornada de quatro horas diárias, devidamente habilitado(a) em terapia intensiva pediátrica, com comprovação por título de especialista ou certificado de residência credenciada pelo MEC.

O(A) enfermeiro(a) rotineiro(a), igualmente com jornada de quatro horas diárias, deve possuir habilitação em Terapia Intensiva Pediátrica, também comprovada por título ou certificado de residência credenciada pelo MEC.

O(A) fisioterapeuta plantonista será exclusivo(a) em pelo menos três turnos, perfazendo um total de 18 horas diárias.

Nos hospitais que dispõem simultaneamente de UTI-p e UCI-p, os(as) profissionais das áreas de Psicologia e Fonoaudiologia deverão prestar assistência

a ambas as unidades, assegurando a continuidade do cuidado. Além disso, o(a) médico(a), o(a) enfermeiro(a) e o(a) fisioterapeuta responsáveis técnicos(as) pela UTI-p deverão igualmente assumir a responsabilidade técnica pela UCI-p, promovendo a integração da gestão assistencial e o gerenciamento de leitos. No entanto, poderá ser designado(a) um(a) coordenador(a) adjunto(a) ou responsável técnico(a) específico(a) para a UCI-p, conforme a organização interna do hospital.

O dimensionamento da equipe assistencial para a UCI-p encontra-se apresentado no **Quadro 48**.

Quadro 48 – Dimensionamento da equipe assistencial UCI-P

| CARGO | QUANTIDADE |
|--|--|
| Médico – Medicina Intensiva Pediátrica (rotineiro) | 1 para 15 (quinze) leitos ou fração |
| Médico (plantonista) | 1 para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno |
| Enfermeiro – Terapia Intensiva Pediátrica (rotineiro) | 1 para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno |
| Enfermeiro (plantonista) | 1 para cada 15 (quinze) leitos ou fração |
| Fisioterapeuta (plantonista) | 1 para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno |
| Fonoaudiólogo | Disponível |
| Psicólogo | Disponível |
| Técnico em enfermagem | 1 para cada 5 (cinco) leitos, em cada turno |

Fonte: Portaria nº 2.862/2023.

14.9 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal

A Portaria de Consolidação nº 3/2017 define a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCINCo) como serviço destinado ao atendimento de recém-nascidos

classificados como de médio risco, que demandam assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTI-N.

A Portaria de Consolidação nº 3/2017 também estabelece as normas para o funcionamento da UCINCo, determinando que a esta deve dispor de médico(a) responsável técnico(a) com jornada mínima de quatro horas diárias e habilitação em neonatologia fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) ou título de especialista em pediatria fornecido pela SBP ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo MEC, sendo permitido acumular responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, duas unidades, sejam elas UCINCo e UCINCa ou UTI-N, podendo, ainda, acumular a função de médico(a) rotineiro(a).

O(A) médico(a) rotineiro(a), com jornada de quatro horas diárias, deve apresentar, preferencialmente, a mesma habilitação do(a) responsável técnico(a), assim como o(a) médico(a) plantonista.

O(A) enfermeiro(a) coordenador(a) deve cumprir jornada mínima de quatro horas diárias e habilitação em neonatologia ou, no mínimo, dois anos de experiência profissional comprovada. É permitido acumular responsabilidade técnica ou coordenação de, no máximo, duas unidades, como UCINCo e a UCINCa.

Nos hospitais que disponham simultaneamente de UCINCo e UTI-N, o(a) responsável técnico(a) médico(a) e o(a) enfermeiro(a) coordenador(a) responderão por ambas as unidades, favorecendo a continuidade da linha de cuidado progressivo.

O dimensionamento da equipe assistencial para a UCINCo está apresentado no **Quadro 49**.

Quadro 49 – Dimensionamento da equipe assistencial UCINCo

| CARGO | QUANTIDADE |
|---|---|
| Médico – Medicina Intensiva Pediátrica ou com área de atuação em Neonatologia | 1 responsável técnico |
| Médico – Medicina Intensiva Pediátrica ou com área de atuação em Neonatologia (rotineiro) | 1 para cada 15 (quinze) leitos ou fração |
| Médico – Medicina Intensiva Pediátrica ou com área de atuação em Neonatologia (plantonista) | 1 para cada 15 (quinze) leitos ou fração |
| Enfermeiro – Terapia Intensiva Neonatal (coordenador) | 1 para a unidade |
| Enfermeiro (plantonista) | 1 para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno |
| Fisioterapeuta (plantonista) | 1 para cada 15 (quinze) leitos ou fração |
| Técnico em enfermagem | 1 para cada 5 (cinco) leitos, em cada turno |
| Fonoaudiólogo | Disponível |

Fonte: Portaria de Consolidação nº 3/2017.

14.10 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

As Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) são definidas pela Portaria de Consolidação nº 3/2017 como serviços inseridos em unidades hospitalares cuja infraestrutura física e material permita acolher mãe e filho, favorecendo a prática do método canguru, com possibilidade de permanência no mesmo ambiente por 24 horas por dia, até a alta hospitalar.

A implantação da UCINCa está condicionada à existência de UCINCo no hospital.

Ainda conforme a Portaria de Consolidação nº 3/2017, o dimensionamento da equipe da UCINCa segue os mesmos parâmetros estabelecidos para a UCINCo, respeitando o número de leitos e a complexidade assistencial (**Vide Quadro 49**).

15. DIÁLISE PARA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O tratamento dialítico compreende os métodos de terapia renal substitutiva, sendo representado pelos procedimentos de hemodiálise, diálise peritoneal e hemofiltração. Essas terapias têm como principal finalidade restaurar os padrões vitais do organismo, ajudando na reabilitação do paciente com disfunção renal.

A Nota Técnica GGES/ANVISA nº 0006/2009 estabelece os parâmetros para a realização dos procedimentos de serviços móveis de hemodiálise em ambiente hospitalar, por curto período, destinados à recuperação da função renal de pacientes internados em áreas externas ao serviço de hemodiálise para pacientes crônicos.

Para fins de dimensionamento da equipe voltada à realização do tratamento dialítico, devem ser consideradas as seguintes informações:

- Número médio mensal de pacientes com necessidade de tratamento dialítico na UTI/Emergência;
- Modalidade de atendimento do(a) médico(a) nefrologista (Sobreaviso – sim ou não);
- Modalidade de atendimento dos(as) técnicos(as) em enfermagem (Sobreaviso – sim ou não).

A supervisão dos(as) pacientes e da equipe de enfermagem durante a realização do procedimento poderá ser exercida pelos(as) enfermeiros(as) plantonistas de cada turno, vinculados(as) aos serviços da UTI ou da Emergência.

16. ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA – TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA PARA PACIENTES CRÔNICOS

A Terapia Renal Substitutiva (TRS), segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), é um conjunto de tratamentos que substituem a função dos rins em pacientes com falência renal. Esses tratamentos incluem hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal.

Com o objetivo de realizar o dimensionamento dos serviços de assistência à DRC, as seguintes informações são necessárias:

- tipos de habilitação;
- dias e turnos de funcionamento;
- quantitativo médio de pacientes por turno para:
 - diálise peritoneal ambulatorial contínua - DPAC (adulto e pediátrico);
 - diálise peritoneal automatizada – DPA (adulto e pediátrico);
 - hemodiálise – HD (adulto e pediátrico).

A Portaria nº 1.675/2018 traz, na Seção VI – Das Equipes, que o estabelecimento de saúde habilitado como “Atenção Ambulatorial Especializada em Doença Renal Crônica (DRC) - código 15.06” deve contar com equipe multiprofissional de atenção especializada em DRC, conforme **Quadro 50**.

Quadro 50 – Equipe multiprofissional ambulatorial de atenção especializada em DRC

| CARGOS |
|-----------------------|
| Médico – Nefrologista |
| Enfermeiro |
| Nutricionista |
| Psicólogo |
| Assistente social |

Fonte: Portaria MS/GM nº 1.675/2018.

A Portaria MS/GM nº 1.675/2018 e a Portaria GM/MS nº 2.062/2021 determinam que o estabelecimento de saúde habilitado como “Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04” deve contar com equipe mínima conforme **Quadro 51**.

Quadro 51 – Equipe mínima para DRC com hemodiálise

| CARGOS | QUANTIDADE |
|-----------------------|--|
| Médico – Nefrologista | 01 médico para cada 50 pacientes, por turno ¹ |
| Enfermeiro | 01 enfermeiro para cada 35 pacientes, por turno ¹ |
| Nutricionista | Disponível ² |
| Psicólogo | Disponível ² |
| Assistente social | Disponível ² |
| Técnico em enfermagem | 01 para cada 04 pacientes, por sessão ¹ |

Fontes: Portaria GM/MS nº 2.062/2021¹ e Portaria MS/GM nº 1.675/2018².

A Portaria GM/MS nº 2.062/2021 determina que o estabelecimento de saúde habilitado como “Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal - código 15.05” deve contar com equipe mínima conforme **Quadro 52**.

Quadro 52 – Equipe mínima para DRC com diálise peritoneal

| CARGOS | QUANTIDADE |
|-----------------------|--|
| Médico – Nefrologista | 01 para cada 50 pacientes ¹ |
| Enfermeiro | 01 para cada 35 pacientes ¹ |
| Nutricionista | Disponível ² |
| Psicólogo | Disponível ² |
| Assistente social | Disponível ² |

Fontes: Portaria GM/MS nº 2.062/2021¹ e Portaria MS/GM nº 1.675/2018².

Para o atendimento em diálise pediátrica, que abrange a faixa etária de zero a 12 anos completos, o(a) profissional médico(a) deve ser capacitado(a) para tal atendimento.

17. GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Segundo definição do Ministério da Saúde, gestação de alto risco é conceituada com base em critérios que identificam condições maternas, fetais ou obstétricas que aumentam a probabilidade de evolução desfavorável para a mãe, o feto ou o recém-nascido (Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, MS, 2022). A

estratificação adequada dos fatores de risco no período gravídico-puerperal é essencial para garantir o acompanhamento conforme a complexidade de cada caso.

A atenção especializada à gestação de alto risco está organizada no âmbito da Rede Cegonha, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.459/2011, cuja vigência foi restabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.135/2023. Essa rede foi atualizada pela Portaria GM/MS nº 5.350/2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 para instituir a Rede Alyne, redefinindo os componentes assistenciais e os critérios de habilitação dos serviços.

Os serviços destinados à atenção à gestante e puérpera de alto risco compreendem:

- Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR);
- Serviço Hospitalar de Referência à Gestação e Puerpério de Alto Risco (HGPAR);
- Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP);
- Centros de Parto Normal e unidades neonatais (UTIN Tipo II e III, UCINCo e UCINCa).

A atenção ambulatorial especializada para o seguimento de recém-nascidos e crianças egressas de unidades neonatais (ANEO) também integra essa linha de cuidado. O dimensionamento de pessoal para as UTIN, UCINCo e UCINCa deve observar os parâmetros definidos no item 14 deste Manual Técnico. A CGBP será tratada em tópico específico.

O dimensionamento das equipes deve ser orientado pela complexidade assistencial, pelo perfil clínico das usuárias e pelas diretrizes estabelecidas nas normativas federais vigentes.

17.1 Ambulatório Especializado de Gestação de Alto Risco

O Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR) é um ponto de atenção ambulatorial especializado, de caráter multiprofissional, destinado ao acompanhamento clínico e integral de gestantes e puérperas com risco obstétrico elevado, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 5.350/2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017. Sua finalidade é garantir a continuidade do

cuidado perinatal, articulando-se com a atenção primária, os serviços hospitalares de referência e demais componentes da Rede Alyne (Portarias GM/MS nº 1.459/2011 e GM/MS nº 5.350/2024).

Entre suas atribuições, destacam-se: o acompanhamento especializado de gestantes e puérperas; a realização de consultas pré-natais em número mínimo de doze por equipe multiprofissional; o acesso regulado a exames, terapias e hospitais de referência; o uso de instrumentos clínicos padronizados (caderneta da gestante e ficha perinatal); e a articulação com comitês de mortalidade materna, fetal e infantil (Portaria GM/MS nº 5.350/2024).

A unidade deve dispor de equipe multiprofissional especializada em atenção à gestante de alto risco, com:

- a) profissional responsável técnico pelo serviço;
- b) médico(a) com residência concluída em ginecologia e obstetrícia reconhecida pelo MEC ou com título de especialista em ginecologia e obstetrícia reconhecido pelo respectivo conselho de classe;
- c) médico(a) ultrassonografista ou médico(a) ginecologista e obstetra devidamente reconhecido(a) pelo conselho de classe, com atuação em medicina fetal ou ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia;
- d) enfermeiro(a), preferencialmente obstetra;
- e) nutricionista;
- f) psicólogo(a); e
- g) assistente social.

O dimensionamento de pessoal deve observar os parâmetros definidos no Item 2 - Ambulatório deste Manual Técnico.

17.2 Serviços Hospitalares de Referência à Gestação de Alto Risco

Conforme a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, e considerando a capacidade tecnológica e o perfil de recursos humanos dos serviços de atenção à gestação de alto risco, os estabelecimentos de saúde referência para tal atendimento classificam-se como tipo 1 e tipo 2.

A classificação em tipo 1 ou tipo 2 refere-se exclusivamente à estrutura do serviço, não havendo hierarquização entre eles.

Dentre os critérios para habilitação de estabelecimentos hospitalares de referência em atenção à gestação de alto risco, independentemente da classificação, é necessário estruturar equipe horizontal gestora do cuidado em obstetrícia e neonatologia, com, no mínimo, médico(a) obstetra, enfermeiro(a) e médico(a) pediatra.

I) Tipo 1

Para serem habilitados como estabelecimentos hospitalares de referência em atenção à gestação de alto risco tipo 1, a unidade deve dispor de equipe composta pelos seguintes profissionais:

- a) assistente social;
- b) enfermeiro(a), de preferência obstetra;
- c) médico(a) anesthesiologista;
- d) médico(a) obstetra;
- e) médico(a) pediatra;
- f) nutricionista;
- g) psicólogo(a);
- h) farmacêutico(a); e
- i) técnico em enfermagem.

Quadro 53 – Equipe para gestação de alto risco tipo 1

| CARGOS | QUANTIDADE |
|---|---|
| Médico – Anestesiologia* | Disponível ¹ |
| Médico – Ginecologia e Obstetrícia* | 01 para 10 leitos ³ |
| Médico - Pediatria* | 01 para 10 leitos ³ |
| Enfermeiro – Saúde Da Mulher – Obstetrícia ou Enfermeiro* | Conforme Item 4 – Internação Hospitalar |
| Técnico em enfermagem* | Conforme Item 4 – Internação Hospitalar |

| | |
|-------------------|-------------------------------|
| Assistente social | 1 para 30 leitos ³ |
| Nutricionista | 1 para 15 leitos ² |
| Farmacêutico | 1 para 30 leitos ⁴ |
| Psicólogo | 1 para 30 leitos ³ |

Fontes: PORTARIA GM/MS Nº 5.350 DE 12 DE SETEMBRO DE 2024¹, RESOLUÇÃO CFN Nº 600, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2018², EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026³ e Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviço de Saúde, São Paulo – 2017⁴.

*Disponibilidade: vinte e quatro horas por dia, nos sete dias da semana.

II) Tipo 2

Para serem habilitados como estabelecimentos hospitalares de referência em atenção à gestação de alto risco tipo 2, a unidade deve dispor de equipe para a atenção à gestante, à puérpera e ao recém-nascido, composta pelos seguintes profissionais (**Quadro 54**):

- assistente social;
- enfermeiro(a) obstetra;
- fisioterapeuta;
- fonoaudiólogo(a);
- médico(a) anestesiológico(a);
- médico(a) clínico geral;
- médico(a) obstetra;
- médico(a) neonatologista ou intensivista pediatria;
- médico(a) pediatra;
- nutricionista;
- farmacêutico(a);
- psicólogo(a); e
- técnico(a) em enfermagem.

Quadro 54 – Equipe para gestação de alto risco tipo 2

| CARGOS | QUANTIDADE |
|--|---|
| Médico – Anestesiologia* | Disponível ¹ |
| Médico - Clínica Médica* | Disponível ¹ |
| Médico - Ginecologia e Obstetrícia* | 01 para 10 leitos ³ |
| Médico – Neonatologia ou Médico - Medicina Intensiva Pediátrica* | Disponível ¹ |
| Médico - Pediatria* | 01 para 10 leitos ³ |
| Enfermeiro – Saúde Da Mulher – Obstetrícia* | Conforme Item 4 – Internação Hospitalar |
| Técnico em enfermagem* | Conforme Item 4 – Internação Hospitalar |
| Assistente social | 1 para 30 leitos ³ |
| Fisioterapeuta | 1 para 20 leitos ³ |
| Fonoaudiólogo | 1 para 30 leitos ³ |
| Nutricionista | 1 para 15 leitos ² |
| Farmacêutico | 1 para 30 leitos ⁴ |
| Psicólogo | 1 para 30 leitos ³ |

Fontes: PORTARIA GM/MS Nº 5.350 DE 12 DE SETEMBRO DE 2024¹, RESOLUÇÃO CFN Nº 600, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2018², EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026³ e Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviço de Saúde, São Paulo – 2017⁴.

*Disponibilidade: vinte e quatro horas por dia, nos sete dias da semana.

18. CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA

Com base na Portaria GM/MS nº 5.350/2024, a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, é considerada uma residência provisória de cuidado para gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de risco, identificados pela Atenção Básica ou Atenção Especializada. O serviço deve estar vinculado e próximo a uma referência hospitalar em gestação e puerpério de alto risco. Deve-se considerar,

como informação geral para o dimensionamento da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, o número de acomodações.

O dimensionamento é realizado conforme a Portaria GM/MS nº 1.020/2013 e a composição mínima da equipe deve ser:

- um(a) coordenador(a) técnico-administrativo(a);
- um(a) enfermeiro(a) responsável, disponível de segunda a sexta-feira, com supervisão de enfermeiro do hospital de referência no final de semana e no período da noite. O(A) enfermeiro(a) responsável poderá acumular a função de coordenador(a) técnico-administrativo(a);
- um(a) técnico(a) em enfermagem disponível nas vinte e quatro horas do dia durante os sete dias da semana;
- Visita médica, de acordo com a demanda clínica, segundo o plano de cuidados, ou quando solicitada pela equipe de enfermagem.

Quadro 55 – Dimensionamento da equipe da casa da gestante, bebê e puérpera

| CARGOS | QUANTIDADE |
|---|---|
| Médico – Pediatria ² | Somente para visita médica, conforme quadro clínico, quando solicitado pela equipe de enfermagem ² . |
| Médico – Ginecologia e Obstetrícia ² | Somente para visita médica, conforme quadro clínico, quando solicitado pela equipe de enfermagem ² . |
| Enfermeiro | 01 enfermeiro de segunda a sexta-feira e enfermeiro supervisor do hospital de referência no final de semana e no período da noite. ¹ |
| Técnico em enfermagem | Disponível 24h por dia, 7 dias da semana ¹ . |

Fontes: Portaria GM/MS nº 1.020/2013¹ e EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026².

O(A) responsável técnico(a) será enfermeiro(a), podendo acumular a função de coordenador(a) técnico-administrativo(a), em conformidade com a Portaria GM/MS nº 1.020/2013.

19. CENTRO DE PARTO NORMAL

O Centro de Parto Normal (CPN) é uma unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco, pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou em suas imediações. O funcionamento do CPN é regido pela Portaria de Consolidação nº 3/2017, originada por meio da Portaria MS/GM nº 11/2015.

Os Centros de Parto Normal são classificados em:

- CPN intra-hospitalar tipo I;
- CPN intra-hospitalar tipo II;
- CPN peri-hospitalar.

O dimensionamento da força de trabalho para o CPN deve considerar:

- Tipo de habilitação;
- Número de leitos de PPP (pré-parto, parto e puerpério).

Cada CPN deverá possuir a seguinte equipe mínima:

I – CPNi tipo I e tipo II com 3 (três) quartos PPP:

- a) um(a) enfermeiro(a) obstétrico(a) ou obstetrix como coordenador(a) do cuidado e responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal, com carga horária semanal de 40 horas, distribuídas em oito horas diárias;
- b) um(a) enfermeiro(a) obstétrico(a) ou obstetrix, com cobertura 24 horas por dia, sete dias por semana;
- c) um(a) técnico(a) em enfermagem, com cobertura 24 horas por dia, sete dias por semana.

II – CPNi tipo I e tipo II com 5 (cinco) quartos PPP:

- a) um(a) enfermeiro(a) obstétrico(a) ou obstetriz como coordenador(a) do cuidado e responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal, com carga horária semanal de 40 horas, distribuídas em oito horas diárias;
- b) um(a) enfermeiro(a) obstétrico(a) ou obstetriz, com cobertura 24 horas por dia, sete dias por semana;
- c) um(a) técnico(a) em enfermagem, com cobertura 24 horas por dia, sete dias por semana.

III – CPNp com 3 (três) quartos PPP:

- a) um(a) enfermeiro(a) obstétrico(a) ou obstetriz como coordenador(a) do cuidado e responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal, com carga horária semanal de 40 horas, distribuídas em oito horas diárias;
- b) um(a) enfermeiro(a) obstétrico(a) ou obstetriz, com cobertura 24 horas por dia, sete dias por semana, nas seguintes condições mínimas:
 - 1. um(a) profissional, durante a presença do(a) coordenador(a) do cuidado de que trata a alínea “a”;
 - 2. dois(uas) profissionais, durante as escalas noturnas, finais de semana, feriados e nas ausências prolongadas do coordenador do cuidado de que trata a alínea “a”.
- c) um(a) técnico(a) em enfermagem, com cobertura 24 horas por dia, sete dias por semana.

IV – CPNp com 5 (cinco) quartos PPP:

- a) um(a) enfermeiro(a) obstétrico(a) ou obstetriz como coordenador(a) do cuidado e responsável técnico(a) pelo CPN, sendo profissional horizontal, com carga horária semanal de 40 horas, distribuídas em oito horas diárias;
- b) dois(uas) enfermeiros(as) obstétricos(as) ou obstetrizes, com cobertura 24 horas por dia, sete dias por semana.
- c) um(a) técnico(a) em enfermagem, com cobertura 24 horas por dia, sete dias por semana.

20.CENTRO OBSTÉTRICO

O Centro Obstétrico é a unidade responsável pela realização de partos, tanto cesáreos quanto normais, observando um conjunto de elementos destinados a acolher a parturiente e seu acompanhante de forma humanizada, permitindo que o parto ocorra da maneira mais fisiológica possível, ativa e participativa, visando sempre à segurança da paciente e do neonato.

De acordo com a RDC Anvisa nº 36/2008, a Unidade de Centro Obstétrico, quando inserida no HUF, deve dispor da seguinte infraestrutura mínima:

- Quarto PPP: com previsão de poltrona para acompanhante e berço;
- Posto de enfermagem e serviços: um para cada 12 leitos de recuperação pós-anestésica;
- Área para recuperação pós-anestésica: o número de macas deve ser igual ao quantitativo de salas de parto cirúrgico;
- Internação obstétrica: quarto com alojamento conjunto;
- Posto de enfermagem e prescrição profissional: para atendimento de, no máximo, 30 leitos.

Para realizar o dimensionamento da equipe, devem ser consideradas as seguintes informações:

- Número mensal de partos cirúrgicos e normais;
- Quantitativo de leitos pré-parto por período (diurno, noturno e finais de semana);
- Quantitativo de salas de centro obstétrico em funcionamento por período (diurno, noturno e finais de semana);
- Quantitativo de salas de parto normal em funcionamento por período (diurno, noturno e finais de semana);
- Quantitativo de salas de recuperação pós-anestésica;
- Quantitativo de leitos de recuperação pós-anestésica;
- Quantitativo de leitos para atendimento ao neonato por período (diurno, noturno e finais de semana);

- Mapa cirúrgico obstétrico de uma semana típica.

O dimensionamento da equipe será realizado em conformidade com os parâmetros estabelecidos em Portaria, nas diretrizes do SEDIMP e conforme mapa cirúrgico informado, demonstrado no **Quadro 56**.

Quadro 56 – Dimensionamento da equipe mínima para o centro obstétrico

| CARGO | ÁREA | QUANTIDADE |
|--|--|---|
| Médico - Ginecologia e Obstetrícia (cirurgias eletivas) | - | Conforme mapa cirúrgico ¹ |
| Médico - Ginecologia e Obstetrícia (Urgência/Emergência) | - | Disponível (plantonista ou escalado na urgência e emergência) ² |
| Médico - Anestesiologia | - | 01 para serviço ² |
| Médico - Neonatologista ou Médico - Pediatra | - | Disponível (plantonista ou escalado na urgência e emergência) ¹ |
| Enfermeiro - Saúde da Mulher - Obstetrícia | PPP | 01 para o serviço ² |
| | Salas Operatórias - diurno segunda a sexta | 01 para 03 salas ¹ |
| | Salas Operatórias - noturno e final de semana | 01 para 10 salas ¹ |
| | Sala de Recuperação Pós-Anestésica - diurno, noturno e final de semana | 01 para 10 leitos ¹ |
| Técnico em enfermagem | PPP | 02 para o serviço ² |
| | Salas Operatórias | 01 circulante ¹ |
| | | 01 instrumentador cirúrgico ¹ |
| | | 01 para cada sala de parto normal, conforme demanda do serviço ¹ |
| | Sala de Recuperação Pós-Anestésica | 01 para 02 leitos ¹ |
| | Centro Obstétrico | 01 para apoio, diurno, segunda a sexta ¹ |
| | Apoio Neonatal | Conforme necessidade ¹ |

Fontes: EBSERH/DGP/PPP/Sedimp, 2026¹ e PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3 DE 28 DE SETEMBRO DE 2017².

21. BANCO DE LEITE E LACTÁRIO

O Banco de Leite Humano (BLH) é reconhecido como uma ação de política pública eficaz, voltada para a promoção, proteção e apoio à amamentação, configurando-se como uma estratégia fundamental no combate à desnutrição e à mortalidade infantil.

De acordo com a RDC Anvisa nº 171/2006, o Banco de Leite Humano é definido como um serviço especializado, responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, bem como pela execução de atividades de coleta do leite produzido pela nutriz, seu processamento, controle de qualidade e distribuição.

O lactário, conforme estabelece a RDC Anvisa nº 50/2002, é descrito como uma “unidade com área restrita, destinada à limpeza, esterilização, preparo e guarda de mamadeiras, basicamente de fórmulas lácteas”.

O dimensionamento de pessoal do Banco de Leite Humano e do Lactário é realizado por sítio funcional, devendo ser consideradas as seguintes informações:

- Número de salas em funcionamento por turno;
- Número de turnos de funcionamento por dia;
- Número de dias de funcionamento na semana;
- Número total de sítios funcionais; e
- Volume de atendimento.

Assim, os parâmetros adotados para o cálculo do número de sítios funcionais deverão observar a distribuição apresentada no espelho semanal padrão, conforme **Quadro 57**.

Quadro 57 – Espelho semanal padrão para Banco de Leite/Lactário

| Nº total de sítios funcionais para Técnico em Enfermagem | Nº de funcionários por sítios funcionais | | | |
|---|---|-------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | Segunda a sexta - diurno | Segunda a sexta - noite | Sábado e domingo - diurno | Sábado e domingo - noite |
| 1. Sala para recepção, registro e triagem das nutrizes e coleta de leite (ordenha). | | | | |
| 2. Preparo/pasteurização: preparo de fórmulas infantis, dietas enterais, leite materno e outras preparações alimentícias. | | | | |
| 3. Sala de porcionamento: estocagem e distribuição | | | | |

Fonte: EBSERH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

22. NUTRIÇÃO CLÍNICA

A nutrição clínica é a área da nutrição que abarca a prevenção e o tratamento de doenças por meio da alimentação. O(A) nutricionista clínico avalia o estado de saúde, histórico e hábitos alimentares do(a) paciente para desenvolver um plano alimentar personalizado e terapêutico.

A terapia nutricional é o conjunto de procedimentos terapêuticos que visam à manutenção ou recuperação do estado nutricional por meio da nutrição enteral ou parenteral, sendo indicada para pacientes incapazes de atender adequadamente às suas necessidades nutricionais e metabólicas por via oral.

Segundo a RDC nº63/2000, a Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN) deve ter um grupo formal e obrigatoriamente constituído de pelo menos um(a) profissional médico(a), nutricionista, enfermeiro(a) e farmacêutico(a), podendo ainda incluir profissional de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional-TN.

A EMTN deve ter um(a) coordenador(a) técnico-administrativo(a) e um(a) coordenador(a) clínico(a), ambos(as) membros integrantes da equipe e escolhidos(as) pelos(as) componentes equipe.

O(A) coordenador(a) técnico-administrativo(a) deve, preferencialmente, possuir título de especialista reconhecido em área relacionada com a TN.

O(A) coordenador(a) clínico(a) deve ser médico(a), atuar em TN e, preferencialmente, preencher um dos critérios abaixo:

- ser especialista, em curso de pelo menos 360 horas, em área relacionada com a TN, com título reconhecido;
- possuir título de mestrado, doutorado ou livre-docência em área relacionada com a TN.

O(A) coordenador(a) clínico(a) pode ocupar, concomitantemente, a coordenação técnico-administrativa, desde que consensuado pela equipe.

É recomendável que os membros da EMTN possuam título de especialista em área relacionada com a TN.

Conforme a Resolução CFN nº 600/2018, os parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação do(a) nutricionista, foram estabelecidos visando à prática profissional ética e com autonomia técnica, conforme especificidades consagradas na literatura científica para cada área de atuação do nutricionista:

Quadro 58 – Dimensionamento da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN)

| CARGO | QUANTIDADE |
|--|------------------------------------|
| Médico – Nutrição Parenteral e Enteral | Coordenador clínico |
| Nutricionista | Coordenador técnico-administrativo |
| Enfermeiro - Nutrição Parental e Enteral | 1 para o serviço |
| Farmacêutico | 1 para o serviço |

Fonte: RDC nº63/2000.

22.1 Nutricionista

O dimensionamento do serviço de nutrição clínica está regulamentado e referenciado na Resolução CFN nº 600/2018, que estabelece parâmetros numéricos mínimos de referência para a atuação do nutricionista, organizados em subáreas conforme disposto no Anexo III da norma.

a) **Subárea – Assistência Nutricional e Dietoterápica em Hospitais, Clínicas em Geral, Hospital-Dia, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Spa Clínicos:**

Quadro 59 – Hospitais e clínicas em geral

| COMPLEXIDADE | Nº DE LEITOS | QUANTIDADE | CARGA HORÁRIA SEMANAL |
|---------------------|---------------------|-------------------|------------------------------|
| Média | A cada 30 | 1 | 30h |
| Alta | A cada 15 | 1 | 30h |

Fonte: Resolução CFN nº 600/2018.

Na instituição onde houver atendimento noturno, deve-se manter nutricionista para a assistência nutricional 24 (vinte e quatro) horas por dia, ininterruptas, inclusive nos finais de semana e feriados.

Na instituição que possua unidades de lactários, central de terapia nutricional, banco de leite humano e serviços de terapia renal substitutiva, o número total de nutricionistas será composto pelo somatório de todas as unidades existentes.

Na instituição em que há ambulatório, manter quadro de nutricionistas complementar para atendimento ambulatorial compatível com a demanda de pacientes atendidos:

Quadro 60 – Hospital dia, unidades de pronto atendimento (UPA) e spa clínicos

| NÚMERO DE PACIENTES/DIA | QUANTIDADE | CARGA HORÁRIA SEMANAL |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------|
| Até 60 | 1 | 20h |
| Acima de 60 | 1 + 1 a cada 60 | 30h |

Fonte: Resolução CFN nº 600/2018.

Na instituição onde há atendimento noturno, manter nutricionista para a assistência nutricional 24 (vinte e quatro) horas/dia ininterruptas, inclusive nos finais de semana e feriados.

Na instituição em que há ambulatório, manter quadro de nutricionistas complementar para atendimento ambulatorial compatível com a demanda de pacientes atendidos.

b) SUBÁREA – Assistência Nutricional e Dietoterápica em Serviço de Terapia Renal Substitutiva:

Quadro 61 – Assistência nutricional e dietoterápica em serviço de terapia renal substitutiva

| NÚMERO DE PACIENTES/DIA | QUANTIDADE | CARGA HORÁRIA SEMANAL |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------|
| A cada 50 | 1 | 30h |

Fonte: Resolução CFN nº 600/2018.

É necessário manter nutricionista para a assistência nutricional em todos os turnos de funcionamento da instituição.

Na instituição em que há ambulatório, manter quadro de nutricionistas complementar para atendimento ambulatorial compatível com a demanda de pacientes atendidos

c) SUBÁREA – Assistência Nutricional e Dietoterápica em Ambulatório e Consultório:

Quadro 62 – Assistência nutricional e dietoterápica em ambulatório e consultório

| TIPO DE PROCEDIMENTO | TEMPO MÍNIMO |
|-----------------------------|---------------------|
| Consulta inicial | 45 min |
| Consulta de retorno | 30 min |
| Atividade em grupo | 60 min |

Fonte: Resolução CFN nº 600/2018.

- d) **SUBÁREA – Assistência Nutricional e Dietoterápica em Bancos De Leite Humano (BLH) e Postos de Coleta:**

Quadro 63 – Assistência nutricional e dietoterápica em bancos de leite humano (BLH) e postos de coleta

| NÚMERO DE NUTRICIONISTA POR UNIDADE | CARGA HORÁRIA SEMANAL |
|--|------------------------------|
| 1 | 30h |

Fonte: Resolução CFN nº 600/2018.

- e) **SUBÁREA – Assistência Nutricional e Dietoterápica em Lactários:**

Quadro 64 – Assistência nutricional e dietoterápica em lactários

| NÚMERO DE NUTRICIONISTA POR UNIDADE | CARGA HORÁRIA SEMANAL |
|--|------------------------------|
| 1 | 30h |

Fonte: Resolução CFN nº 600/2018.

- f) **SUBÁREA – Assistência Nutricional e Dietoterápica em Centrais de Terapia Nutricional:**

Quadro 65 – Assistência nutricional e dietoterápica em centrais de terapia nutricional

| NÚMERO DE NUTRICIONISTA POR UNIDADE | CARGA HORÁRIA SEMANAL |
|--|------------------------------|
| 1 | 30h |

Fonte: Resolução CFN nº 600/2018.

- g) **SUBÁREA – Atenção Nutricional Domiciliar (Pública e Privada):**

Quadro 66 – Atenção nutricional domiciliar (pública e privada)

| TIPO DE PROCEDIMENTO | TEMPO MÍNIMO |
|-----------------------------|---------------------|
| Atendimento inicial | 60 min |
| Atendimento de retorno | 30 min |

Fonte: Resolução CFN nº 600/2018.

23. FARMÁCIA HOSPITALAR

A farmácia hospitalar é definida, de acordo com o Anexo 2, do Anexo XXVII, item 3.1, da Portaria de Consolidação nº 2/2017, como a:

“Unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente.”

Conforme os Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar, 2017, o quantitativo de farmacêuticos e de técnicos em farmácia necessários dependerá de múltiplos fatores, tais como: as atividades desenvolvidas na farmácia, a complexidade do cuidado, o número de leitos, o grau de informatização e mecanização da unidade.

As informações necessárias para o dimensionamento da Farmácia Hospitalar são:

- Número de pacientes ambulatoriais;
- Número de salas de cirurgia;
- Número de farmácias satélites;
- Número de pacientes em terapia nutricional parenteral por dia;
- Número de preparações de quimioterapia por dia;
- O número de turnos de 6 (seis) horas destinados à preparação de misturas intravenosas;
- Número de turnos de 12 (doze) horas por dia em que ocorre a manipulação de medicamentos não estéreis, fracionamento e unitarização;
- Número de turnos de 6 (seis) horas que a farmácia ambulatorial funciona;
- Farmácia ambulatorial: número de orientações farmacêuticas;
- Números de leitos de baixa e média complexidade;
- Número de leitos de alta complexidade;
- Áreas de atuação do farmacêutico na unidade hospitalar.

O Responsável Técnico pelo serviço da Farmácia Hospitalar será o profissional do cargo de Farmacêutico, conforme estabelece o item 4.4, do Anexo 2, Anexo XXVII, da Portaria de Consolidação nº 2/2017, que trata sobre os recursos humanos.

O dimensionamento do cargo de Farmacêutico está apresentado no **Quadro 67**.

Quadro 67 – Dimensionamento do farmacêutico em farmácia clínica

| ATIVIDADE | QUANTIDADE |
|---|---|
| Atividades básicas de dispensação para pacientes internados | 01 farmacêutico para cada turno/plantão diurno |
| | 01 farmacêutico para cada turno/plantão noturno |
| Central de abastecimento farmacêutico e logística de suprimentos | 01 farmacêutico em horário administrativo |
| Assistência em terapia nutricional parenteral | 01 farmacêutico para cada 20 pacientes |
| Manipulação de antineoplásicos | 01 farmacêutico para cada 50 preparações de quimioterapia |
| Manipulação de outras misturas intravenosas | 01 farmacêutico por turno |
| Manipulação de medicamentos não estéreis, fracionamento e unitarização. | 01 farmacêutico por turno durante as operações de manipulação |
| Farmácia ambulatorial (gerenciamento e controle de estoque) | 01 farmacêutico por turno de atendimento |

| | |
|--|---|
| Orientação farmacêutica | 01 farmacêutico (dispensação orientada) para cada 100 pacientes/dia (média de 5 minutos para orientação de cada paciente) |
| Programas de seguimento farmacêutico | 01 farmacêutico por consultório do Programa de Atenção Farmacêutica (2 consultas/hora, primeira consulta com 1 hora de atendimento) |
| Assistência domiciliar | 01 farmacêutico por turno de atendimento |
| Atividades clínicas (paciente internado em unidades de baixa e média complexidade) | 01 farmacêutico para cada unidade clínica com até 40 leitos |
| Atividades clínicas (pacientes internados em unidades de alta complexidade) | 01 farmacêutico por unidade clínica (máximo de 30 leitos) |
| Farmácia em centro cirúrgico | 01 farmacêutico por turno |
| Farmacovigilância | 01 farmacêutico exclusivo |
| Informação sobre medicamentos | 01 farmacêutico exclusivo |
| Pesquisa clínica (ensaios clínicos) | 01 farmacêutico exclusivo |

Fonte: Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviço de Saúde, São Paulo – 2017.

Na sequência, serão apresentados os parâmetros para o dimensionamento do cargo de Técnico em Farmácia.

Quadro 68 – Dimensionamento do técnico em farmácia da farmácia clínica

| ATIVIDADE | QUANTIDADE |
|---|---|
| Atividades básicas de dispensação para pacientes internados | 01 auxiliar de farmácia para cada turno/ plantão diurno |
| | 01 auxiliar administrativo para cada turno/ plantão diurno |
| Assistência em terapia nutricional parenteral | 01 auxiliar de farmácia para cada 20 preparações de NPT |
| Manipulação de antineoplásicos | 01 auxiliar de farmácia para cada 100 preparações de quimioterapia |
| Manipulação de outras misturas intravenosas | 01 auxiliar de farmácia por turno |
| Manipulação de medicamentos não estéreis, fracionamento e unitarização. | 01 auxiliar de farmácia por turno |
| Farmácia ambulatorial (gerenciamento e controle de estoque) | 01 auxiliar de farmácia para cada 100 pacientes/dia |
| Produção de kits para procedimentos | 01 auxiliar por turno de produção, sob supervisão do farmacêutico |
| Farmácia em centro cirúrgico | 01 auxiliar de Farmácia para cada 4 salas de cirurgia em funcionamento, por turno |

Fonte: Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviço de Saúde, São Paulo – 2017.

O Sedimp considera também a necessidade de farmacêutico e técnico em farmácia para cada farmácia satélite, devendo observar seu funcionamento diário.

24. REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

O serviço de urgência e emergência é o primeiro atendimento destinado para os casos de urgências médicas, acolhendo pacientes e utilizando metodologias para classificação de risco.

Conforme o Conselho Federal de Medicina, na Resolução CFM nº1.451/1995, para definição conceitual dos termos, temos:

- Urgência: é toda ocorrência imprevista com ou sem risco potencial de vida, que necessita de intervenção médica imediata;
- Emergência: é o risco iminente de vida ou sofrimento intenso, necessitando de tratamento médico imediato.

Em 1999, considerando a importância do atendimento hospitalar na assistência aos usuários do SUS, decorrentes de urgência e emergência, com a Portaria MS/GM nº 479, foi possível criar mecanismos para subsidiar e fortalecer esse componente da rede de atenção à saúde, estabelecendo critérios para a classificação nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em atendimentos de Urgências e Emergências, da seguinte maneira:

- Hospitais Tipo I: especializados nas áreas de pediatria ou traumatologia ortopedia ou cardiologia, com suporte para atendimentos de urgência/emergência em caráter clínico ou cirúrgico;
- Hospitais Tipo II: hospitais gerais que contenham unidades de urgência/emergência, para o atendimento geral de caráter clínico e cirúrgico;
- Hospitais Tipo III: hospitais gerais caracterizados por prestarem atendimentos gerais de urgência/emergência de etiologia clínica, cirúrgica e traumatológicas.

O Regulamento Técnico para atender à Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) nº 01/2022 classificou as Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência, tais como:

- Unidades gerais;
- Unidades de referência.

Em relação ao quadro de pessoal, conforme a Portaria MS/GM nº 2.048/2002, obrigatoriamente as Unidades Gerais e às de Referência nos atendimentos de urgências e emergências, devem ter o Responsável Técnico do cargo de Médico com qualquer especialidade e registrado pelo órgão de classe e, o Coordenador será do cargo de Enfermeiro.

O dimensionamento das Unidades Hospitalares Gerais tipo I e II e as Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, II e III, será conforme **Quadro 69**.

Quadro 69 – Dimensionamento das unidades hospitalares gerais de atendimento às urgências e emergências de tipo I e II

| CARGO | CONSULTAS / ACOLHIMENTO | LEITOS DE OBSERVAÇÃO | SALA VERMELHA / REANIMAÇÃO | SALA DE MEDICAÇÃO |
|-----------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|--|
| Médico | máximo de 03 (três) pacientes por hora/médico ¹ | 01 para 08 leitos ¹ | 01 para 02 leitos ³ | – |
| Enfermeiro | 04 minutos por classificação de risco, com limite de até 15 classificações por hora ² | 01 para 15 leitos ⁴ | 01 para 10 leitos ³ | 01 para sala ³ |
| Técnico em enfermagem | – | 1 para 06 leitos ⁴ | 1 para 02 leitos ⁴ | 01 para 7 poltronas/leitos de medicação ³ |
| Técnico em enfermagem | 01 para serviço de apoio por turno ³ | | | |

Fontes: Resolução CFM nº 2.077/2014¹, Resolução COFEN nº 661/2021², EBSERH/DGP/PPP/Sedimp, 2026³, Lei nº6.996/2021⁴.

24.1 Unidades Gerais

As unidades gerais são classificadas, para fins operacionais e de dimensionamento, nas seguintes modalidades:

I. Unidades Hospitalares Gerais de Atendimentos às Urgências e Emergências de Tipo I

São unidades instaladas em hospitais gerais de pequeno porte, configuradas como primeiro nível de assistência hospitalar, com oferta de atendimentos de

média complexidade e funcionamento de 24 horas por dia. A equipe mínima deve ser composta por:

Quadro 70 – Composição equipe mínima das unidades hospitalares gerais de atendimentos às urgências e emergências de tipo I

| CARGOS |
|------------------------|
| Médico – Clínica Geral |
| Médico - Pediatria |
| Enfermeiro |
| Técnico em enfermagem |

Fonte: Portaria MS/GM nº 2.048/2002.

Podendo ser composta por equipe multiprofissional nos seguintes cargos:

- Assistente social;
- Médico - Cirurgia geral;
- Médico – Ginecologia e obstetrícia;
- Cirurgião dentista;
- Médico – Ortopedia e traumatologia.

II. Unidades Hospitalares Gerais de Atendimentos às Urgências e Emergências de Tipo II

Estão localizadas em hospitais gerais de médio porte, sendo caracterizadas como unidades de atenção de segundo nível de assistência hospitalar de média complexidade, com funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia. No âmbito da estrutura hospitalar, devem contar com salas destinadas ao centro cirúrgico e ao centro obstétrico, bem como com a disponibilidade de leitos específicos para essas áreas.

A composição mínima da equipe técnica deve contemplar os profissionais conforme **Quadro 71**.

Quadro 71 – Composição equipe mínima das unidades hospitalares gerais de atendimento às urgências e emergências tipo II

| CARGOS |
|------------------------------------|
| Médico – Clínica Médica |
| Médico – Pediatria |
| Médico – Ginecologia e Obstetrícia |
| Médico – Cirurgia Geral |
| Médico – Ortopedia e Traumatologia |
| Médico – Anestesiologia |
| Enfermeiro |
| Técnico em enfermagem |
| Assistente social |

Fonte: Portaria MS/GM nº 2.048/2002.

O dimensionamento da equipe multiprofissional será realizado conforme os parâmetros descritos no item 1 deste capítulo (**Vide Quadros 3 e 4**).

24.2 Unidades de Referência

Conforme a Portaria nº2.048/2002, as Unidades de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências são aquelas instaladas em hospitais, gerais ou especializados, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente à alta complexidade, de acordo com sua capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial.

24.2.1 Recursos Humanos

A unidade deve contar com um responsável técnico - médico com título de especialista em sua área de atuação profissional reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina, ou com Certificado de Residência Médica em sua especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC.

O médico Responsável Técnico pela Unidade somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única Unidade cadastrada pelo SUS. No caso de responsável técnico de Unidade instalada em Hospital Universitário, o médico poderá acumular esta responsabilidade com a de mais uma Unidade cadastrada pelo SUS, desde que instalada no mesmo município.

A equipe médica deve ser composta por médicos em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços nas 24 horas do dia, contemplando urgências/emergências e todas as atividades dele decorrentes.

A equipe de enfermagem deve contar com um enfermeiro coordenador, enfermeiros e técnicos de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços nas 24 horas do dia, também abrangendo urgências/emergências e todas as atividades correlatas.

I. Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I

Conforme a Portaria GM/MS nº2.048/2002, as Unidades de Referência de Tipo I são aquelas instaladas em hospitais especializados e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria, traumatologia ou cardiologia.

Além dos recursos humanos listados acima, a Unidade deve contar com profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional, conforme **Quadro 72**.

Quadro 72 – Composição mínima para os cargos de médicos por especialidade nas unidades de referência em atendimento às urgências e emergências tipo I – cardiologia, pediatria e traumatologia

| CARDIOLOGIA | PEDIATRIA | TRAUMATO-ORTOPEDIA |
|--|--|------------------------------------|
| Médico - Cardiologia | Médico – Pediatria | Médico - Ortopedia e Traumatologia |
| Médico - Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista | Médico – Medicina Intensiva Pediátrica | Médico - Clínica Médica |
| Médico - Neurorradiologia | Médico – Cirurgia Pediátrica | Médico - Anestesiologia |
| Médico - Cirurgia Cardiovascular | Médico - Anestesiologia | ---- |
| Médico - Medicina Intensiva | ---- | ---- |

| | | |
|--|------|------|
| Médico - Ecocardiografia | ---- | ---- |
| Médico – Radiologia e Diagnóstico por Imagem | ---- | ---- |
| Médico - Anestesiologia | ---- | ---- |

Fonte: Portaria GM/MS nº2.048/2002.

Para o serviço de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação, a unidade deve contar com profissionais e serviços nas seguintes áreas, podendo estes não serem exclusivos, a depender da demanda assistencial, conforme **Quadro 73**.

Quadro 73 – Composição do serviço de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação para as unidades de referência em atendimento às urgências e emergências tipo I

| CARGOS |
|-----------------------------------|
| Psicólogo – psicologia hospitalar |
| Nutricionista |
| Assistente social |
| Fisioterapeuta |
| Terapeuta ocupacional |
| Farmacêutico |
| Hemoterapia |

Fonte: Portaria GM/MS nº2.048/2002.

Apresenta-se no **Quadro 74** a relação de médicos alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências e emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional.

Quadro 74 – Composição alcançável para os cargos de médicos por especialidade nas unidades de referência em atendimento às urgências e emergências tipo I – cardiologia, pediatria e traumatologia-ortopedia

| CARDIOLOGIA | PEDIATRIA | TRAUMATO-ORTOPEDIA |
|------------------------------------|---------------------|--|
| Médico – Hematologia e Hemoterapia | Médico - Endoscopia | Médico – Radiologia e Diagnóstico Por Imagem |

| | | |
|------|--|---|
| ---- | Médico – Radiologia e Diagnóstico por Imagem | Médico – Hematologia e Hemoterapia |
| ---- | Médico – Hematologia e Hemoterapia | Médico – Cirurgia Vascular |
| ---- | Médico - Pneumologia | Médico - Neurocirurgia |
| ---- | Médico – Neurologia Pediátrica | Médico – Cirurgia Geral |
| ---- | ---- | Cirurgião dentista especialista em Traumatologia Bucomaxilofacial |

Fonte: Portaria GM/MS nº2.048/2002.

II. Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II

As Unidades de Referência do Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica.

Além dos recursos humanos listados no item 24.2.1, a Unidade deve contar com profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional, conforme **Quadro 75**.

Quadro 75 – Composição mínima para os cargos de médico nas unidades de referência de atendimento às urgências e emergências tipo II por especialidade

| CARGOS |
|------------------------------------|
| Médico – Clínica Geral |
| Médico – Pediatria |
| Médico – Ginecologia e Obstetrícia |
| Médico – Cirurgia Geral |
| Médico – Ortopedia e Traumatologia |
| Médico – Anestesiologia |

Fonte: Portaria MS/GM nº 2.048/2002.

O Serviço de Suporte, Acompanhamento Clínico e Reabilitação deve contar com profissionais e serviços especializados nas áreas descritas no **Quadro 76** (dependendo do volume de atendimento, estes profissionais não precisam ser exclusivos da Unidade).

Quadro 76 – Composição do serviço de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação para as unidades de referência em atendimento às urgências e emergências tipo II

| CARGOS |
|-----------------------------------|
| Psicólogo – psicologia hospitalar |
| Nutricionista |
| Assistente social |
| Fisioterapeuta |
| Terapeuta ocupacional |
| Farmacêutico |
| Hemoterapia |

Fonte: Portaria MS/GM nº 2.048/2002.

Outros profissionais alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional.

Quadro 77 – Equipe de suporte às unidades de referência de atendimento às urgências e emergências tipo II, por especialidade

| CARGOS |
|--|
| Médico – Oftalmologia |
| Médico – Endoscopia |
| Médico – Pneumologia |
| Médico – Otorrinolaringologia |
| Médico – Cardiologia |
| Médico – Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista |
| Médico – Neurologia |
| Médico – Neurocirurgia |
| Médico – Neurorradiologia |
| Médico – Psiquiatria |
| Médico – Hematologia e Hematologia |
| Médico – Cirurgia Pediátrica |
| Cirurgião dentista |

Fonte: Portaria MS/GM nº 2.048/2002.

III. Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo III

Esses serviços possuem como característica principal o atendimento às demandas de urgência e emergência de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica, estando localizados em estruturas de hospitais gerais. Para assegurar a resposta adequada e o manejo oportuno dos casos, é indispensável a presença, no hospital, de profissionais capacitados para o atendimento às urgências e emergências, cada um atuando dentro de sua respectiva área de competência.

Além dos recursos humanos listados no item 24.2.1, a Unidade deve contar com profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional, conforme **Quadro 78**.

Quadro 78 – Composição da equipe das unidades hospitalares de referência em atendimento às urgências e emergências tipo III

| CARGOS |
|--|
| Médico – Clínica Geral |
| Médico – Pediatria |
| Médico – Ginecologia e Obstetrícia |
| Médico – Cirurgia Geral |
| Médico – Cirurgia Pediátrica |
| Médico – Ortopedia e Traumatologia |
| Médico – Anestesiologia |
| Médico – Medicina Intensiva |
| Médico – Radiologia e Diagnóstico por Imagem |
| Médico – Cardiologia |
| Médico – Neurologia |
| Cirurgião dentista |

Fonte: Portaria MS/GM nº 2.048/2002.

O Serviço de Suporte, Acompanhamento Clínico e Reabilitação deve contar com profissionais e serviços especializados nas áreas descritas no **Quadro 79**. A composição da equipe poderá não ser exclusiva, sendo dimensionada de acordo com a demanda assistencial identificada na unidade.

Quadro 79 – Composição do serviço de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação para as unidades de referência em atendimento às urgências e emergências tipo III

| CARGOS |
|-----------------------------------|
| Psicólogo – psicologia hospitalar |
| Nutricionista |
| Assistente social |
| Fisioterapeuta |
| Terapeuta ocupacional |
| Farmacêutico |
| Hemoterapia |

Fonte: Portaria MS/GM nº 2.048/2002.

Outros profissionais alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional, conforme **Quadro 80**.

Quadro 8o – Equipe médica de suporte às unidades de referência de atendimento às urgências e emergências tipo III, por especialidade

| CARGOS |
|---|
| Médico – Cirurgia Vascular |
| Toxicologista |
| Médico - Oftalmologia |
| Médico – Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista |
| Médico - Neurorradiologia |
| Médico - Endoscopia |
| Médico - Pneumologia |
| Médico - Otorrinolaringologia |
| Cirurgião-Dentista especialista em Traumatologia Bucomaxilofacial |
| Médico – Cirurgia Plástica |
| Médico – Psiquiatria |
| Médico – Cirurgia Torácica |
| Médico - Neurocirurgia |

Fonte: Portaria MS/GM nº 2.048/2002.

25. CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Em função da necessidade de realizar o controle e a avaliação da assistência aos casos de Acidente Vascular Cerebral e de aprimorar os mecanismos de regulação, tornou-se necessária a organização da Rede de Atenção à Saúde, condicionada a critérios que permitam habilitar os hospitais como Centros de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC, podendo ser classificados como Tipo I, II ou III, conforme definido na Portaria MS/GM nº 665/2012. Dessa forma, esses Centros passaram a integrar o componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, bem como a Linha de Cuidados em AVC, com o objetivo de assegurar um cuidado integrado e contínuo aos usuários acometidos por essa condição.

As informações necessárias ao dimensionamento de pessoal para o Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC são:

- Tipo de habilitação;
- Número de leitos de observação.

Os parâmetros utilizados para esses Centros seguem as diretrizes da Portaria MS/GM nº 665/2012, atualizada pela Portaria de Consolidação nº 03/2017, Título VIII, Capítulo I.

O responsável técnico deve ser médico, com título de especialista em neurologia ou com residência médica em Neurologia.

Os Centros de Atendimento de Urgência devem disponibilizar os seguintes serviços, conforme a classificação:

25.1 Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC - Tipo I

- Funcionamento ininterrupto, 24 horas por dia, incluindo finais de semana e feriados;
- Deve contar com uma equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por:
 - Médico;
 - Enfermeiro;
 - Técnico em Enfermagem;
 - Neurologista, com título de especialista reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM), ou com Residência Médica em Neurologia reconhecida pelo MEC, que atuará como coordenador da equipe.
- O atendimento neurológico deve estar disponível em até 30 (trinta) minutos após a admissão do paciente, podendo ocorrer nas modalidades:
 - Plantão presencial;
 - Sobreaviso à distância;
 - Suporte neurológico especializado por meio de telemedicina/telessaúde.
- Os serviços médicos de neurocirurgia devem estar disponíveis 24 horas por dia, nas modalidades de:
 - Plantão presencial;
 - Sobreaviso;

- Suporte especializado por meio de telemedicina.

O dimensionamento da equipe segue os parâmetros estabelecidos no **Quadro 81**.

Quadro 81 – Dimensionamento da equipe do centro de atendimento de urgência aos pacientes com AVC - tipo I

| CARGO | SERVIÇO DE URGÊNCIA |
|-----------------------|----------------------|
| | LEITOS DE OBSERVAÇÃO |
| Médico – Neurologia | 01 para 08 leitos |
| Enfermeiro | 01 para 15 leitos |
| Técnico em enfermagem | 01 para 06 leitos |

Fonte: EBSE RH/DGP/ CPP/Sedimp, 2026.

Caso esse tipo de atendimento seja realizado na UTI, o dimensionamento da equipe seguirá os parâmetros estabelecidos para UTI tipo II (**Vide Quadro 41**).

25.2 Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC - Tipo II

O Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC - Tipo II é composto pela Unidade de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo), que tem como finalidade prestar assistência especializada no manejo clínico dos quadros agudos de AVC, incluindo a realização da trombólise, dentro das 72 (setenta e duas) horas de internação do paciente, além da assistência no âmbito da Linha de Cuidado ao Acidente Isquêmico Transitório (AIT).

O tratamento na fase aguda deve ser coordenado por um neurologista, contando com atendimento multiprofissional, que inclui, obrigatoriamente, os serviços de fisioterapia e fonoaudiologia.

O dimensionamento da equipe segue os parâmetros estabelecidos no **Quadro 82**.

Quadro 82 – Dimensionamento da equipe em centro de atendimento de urgência aos pacientes com AVC - tipo II

| CARGO | QUANTIDADE |
|-----------------------|-------------------------------------|
| Médico - Neurologia | 01 responsável técnico ¹ |
| Médico - Neurologia | Sobreaviso ¹ |
| Médico - Neurologia | 01 para 10 leitos ² |
| Enfermeiro | 01 para 15 leitos ² |
| Técnico em enfermagem | 01 para 04 leitos ¹ |
| Fisioterapeuta | Disponível ¹ |
| Fonoaudiólogo | Disponível ¹ |

Fontes: Portaria MS/GM nº 665/2012¹ e EBSERH/DGP/PPP/Sedimp, 2026².

25.3 Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC - Tipo III

O Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC - Tipo III é composto pela Unidade de Cuidado Integral ao AVC (U-AVC Integral), definida por um quantitativo mínimo de dez leitos, que inclui a Unidade de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo), sendo possível que ambas compartilhem o mesmo espaço físico.

O tratamento oferecido abrange desde a fase aguda até 15 dias de internação, contemplando a realização de propedêutica médica e o acompanhamento clínico e multiprofissional, com foco na reabilitação precoce dos(as) pacientes.

A composição da equipe deve incluir os seguintes recursos:

- um(a) responsável técnico neurologista, com título de especialista em Neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM, ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC;
- um(a) médico(a) presente 24 horas por dia, com suporte de neurologista também disponível 24 horas por dia, sete dias por semana, inclusive feriados;
- um(a) enfermeiro(a) exclusivo na unidade;
- um(a) técnico(a) em enfermagem para cada quatro leitos;
- um(a) fisioterapeuta para cada dez leitos, seis horas por dia;

- um(a) fonoaudiólogo(a) para cada dez leitos, seis horas por dia;
- um(a) terapeuta ocupacional para cada dez leitos, seis horas por dia;
- um(a) assistente social, seis horas por dia, de segunda a sexta-feira;
- suporte de psicólogo(a), nutricionista e farmacêutico(a) na instituição.

O dimensionamento da equipe segue os parâmetros estabelecidos **no Quadro 83**.

Quadro 83 – Dimensionamento da equipe do centro de atendimento de urgência aos pacientes com AVC tipo III

| CARGO | QUANTIDADE |
|-----------------------|-------------------------------------|
| Médico - Neurologia | 01 responsável técnico ¹ |
| Médico - Neurologia | Sobreaviso ¹ |
| Médico | 01 para 10 leitos ² |
| Enfermeiro | 01 para 15 leitos ² |
| Técnico em enfermagem | 01 para 04 leitos ¹ |
| Fisioterapeuta | 01 para 10 leitos ¹ |
| Fonoaudiólogo | 01 para 10 leitos ¹ |
| Terapeuta Ocupacional | 01 para 10 leitos ¹ |
| Assistente social | 01 para o serviço ¹ |
| Psicólogo | Disponível ¹ |
| Nutricionista | Disponível ¹ |
| Farmacêutico | Disponível ¹ |

Fontes: Portaria MS/GM nº 665/2012¹ e EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026².

26. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Conforme a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, a finalidade da Rede de Atenção Psicossocial é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - Atenção Básica em Saúde:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) Equipe de atenção básica para populações específicas;
- c) Centros de Convivência.

II - Atenção Psicossocial Especializada:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.

III - Atenção de Urgência e Emergência:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial.

V - Atenção Hospitalar:

- a) Enfermaria especializada em hospital geral;
- b) Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

VI - Estratégias de Desinstitucionalização:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos.

VII - Reabilitação Psicossocial.

27. CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Conforme a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) estão organizados nas seguintes modalidades:

- CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes.
- CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.
- CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.
- CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

- CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.
- CAPS I: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.
- CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

27.1 CAPS I

Segundo a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, a equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

- um(a) médico(a) com formação em saúde mental;
- um(a) enfermeiro(a);
- três profissionais de nível superior dentre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e
- quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Quadro 84 – Dimensionamento da equipe CAPS I

| CARGO | QUANTIDADE |
|--------------------------------|-------------------|
| Médico | 01 por turno |
| Enfermeiro | 01 por turno |
| Profissional de nível superior | 03 por turno |
| Profissional de nível médio | 04 por turno |

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

27.2 CAPS II

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, segundo a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, para o atendimento de 30 pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- um(a) médico(a) psiquiatra;
- um(a) enfermeiro(a) com formação em saúde mental;
- quatro profissionais de nível superior dentre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e
- seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Quadro 85 – Dimensionamento da equipe CAPS II

| CARGO | QUANTIDADE |
|--------------------------------|-------------------|
| Médico – Psiquiatria | 01 por turno |
| Enfermeiro – saúde mental | 01 por turno |
| Profissional de nível superior | 04 por turno |
| Profissional de nível médio | 06 por turno |

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

27.3 CAPS III

O CAPS III, conforme a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, deve ser composto com equipe técnica mínima para o atendimento de 40 pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 pacientes/dia, em regime intensivo, composta por:

- dois(uas) médicos(as) psiquiatras;
- um(a) enfermeiro(a) com formação em saúde mental;
- cinco profissionais de nível superior dentre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e
- oito profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Quadro 86 – Dimensionamento da equipe CAPS II - diurno

| CARGO | QUANTIDADE |
|--------------------------------|--------------|
| Médico – Psiquiatria | 02 por turno |
| Enfermeiro – Saúde Mental | 01 por turno |
| Profissional de nível superior | 05 por turno |
| Profissional de nível médio | 08 por turno |

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

- três técnicos(as)/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do(a) enfermeiro(a) do serviço;
- um(a) profissional de nível médio da área de apoio.

Quadro 87 – Dimensionamento da equipe CAPS II - noturno

| CARGO | QUANTIDADE |
|-----------------------------|--------------|
| Técnico em enfermagem | 03 por turno |
| Profissional de nível médio | 01 por turno |

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

- um(a) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;
- três técnicos(as)/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e
- um(a) profissional de nível médio da área de apoio.

Quadro 88 – Dimensionamento da equipe CAPS II – final de semana e feriado

| CARGO | QUANTIDADE |
|--------------------------------|--------------|
| Profissional de nível superior | 01 por turno |
| Técnico em enfermagem | 03 por turno |
| Profissional de nível médio | 01 por turno |

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

27.4 CAPS i II

O **Quadro 89** apresenta a equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II. Para o atendimento de 15 crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 pacientes/dia, esta será composta por:

- um(a) médico(a) psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;
- um(a) enfermeiro(a);

- quatro profissionais de nível superior dentre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e
- cinco profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Quadro 89 – Dimensionamento da equipe CAPS i II

| CARGO | QUANTIDADE |
|--------------------------------|--------------|
| Médico – Psiquiatra | 01 por turno |
| Enfermeiro | 01 por turno |
| Profissional de nível superior | 04 por turno |
| Profissional de nível médio | 05 por turno |

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

27.5 CAPS ad II

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II encontra-se no **Quadro 90**. Para atendimento de 25 pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 pacientes/dia, há a necessidade de:

- um(a) médico(a) psiquiatra;
- um(a) enfermeiro(a) com formação em saúde mental;
- um(a) médico(a) clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- quatro profissionais de nível superior dentre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Quadro 90 – Dimensionamento da equipe CAPS ad II

| CARGO | QUANTIDADE |
|--------------------------------|-------------------|
| Médico – Psiquiatra | 01 por turno |
| Médico – Clínica Médica | 01 por turno |
| Enfermeiro – saúde mental | 01 por turno |
| Profissional de nível superior | 04 por turno |
| Profissional de nível médio | 06 por turno |

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

27.6 CAPS ad III

O CAPS AD III deverá contar com equipe mínima para atendimento de sua clientela na seguinte configuração (Quadro xx):

- 60 horas de profissionais médicos(as), entre psiquiatras e clínicos(as) com formação e/ou experiência em saúde mental, sendo no mínimo um psiquiatra. Deverá ser garantida a presença mínima de um(a) médico(a) no período diurno de segunda à sexta-feira;
- um(a) enfermeiro(a) com experiência e/ou formação na área de saúde mental, por turno;
- cinco profissionais de nível universitário por turno, pertencentes às seguintes categorias profissionais:
 - a) psicólogo;
 - b) assistente social;
 - c) enfermeiro;
 - d) terapeuta ocupacional;
 - e) pedagogo;
 - f) educador físico.
- quatro técnicos(as) de enfermagem por turno;

- quatro profissionais de nível médio por turno, preferencialmente com experiência em ações de redução de danos, dentre as seguintes categorias profissionais:
 - a) artesão;
 - b) agente social; e
 - c) educador(a) social.
- um(a) profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa, por turno.

Além do mínimo previsto acima, o CAPS poderá contar com outras categorias profissionais, que potencializem o alcance das ações do serviço, conforme **Quadro 91**.

Quadro 91 – Dimensionamento da equipe CAPS ad III - diurno

| CARGO | QUANTIDADE |
|--------------------------------|--------------|
| Médico | 01 por turno |
| Enfermeiro – saúde mental | 01 por turno |
| Profissional de nível superior | 05 por turno |
| Técnico em enfermagem | 04 por turno |
| Profissional de nível médio | 05 por turno |

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

Para os períodos de acolhimento noturno, das 19 às 7 horas a equipe mínima deverá ser composta de acordo com o **Quadro 92**.

- um(a) enfermeiro(a); e
- dois profissionais de nível médio, sendo que um deles deverá ser necessariamente técnico(a) em enfermagem.

Quadro 92 – Dimensionamento da equipe CAPS ad III - noturno

| CARGO | QUANTIDADE |
|-----------------------------|--------------|
| Enfermeiro | 01 por turno |
| Profissional de nível médio | 02 por turno |

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

No período diurno aos sábados, domingos e feriados, em plantões de 12 horas, a equipe mínima será composta de acordo com o **Quadro 93** e nas seguintes configurações.

- dois(uas) profissionais de nível universitário, sendo que um deles deverá ser necessariamente enfermeiro(a);
- dois(uas) profissionais de nível médio, sendo que um deles deverá ser necessariamente técnico em enfermagem; e
- um(a) profissional da área de apoio.

Quadro 93 – Dimensionamento da equipe CAPS ad III – final de semana e feriado

| CARGO | QUANTIDADE |
|--------------------------------|--------------|
| Profissional de nível superior | 02 por turno |
| Profissional de nível médio | 03 por turno |

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

27.7 CAPS ad IV

O CAPS ad IV funcionará com equipe mínima para atendimento, de acordo com o **Quadro 94** e nas seguintes configurações.

- Profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa, com cobertura 24 horas por dia.

Durante o turno diurno, deve dispor de:

- um(a) médico(a) clínico(a) geral (diarista);
- dois(uas) médicos(as) psiquiatras, sendo um(a) diarista e um(a) plantonista 12h;

- dois(uas) enfermeiros(as) com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonistas 12h);
- seis profissionais diaristas de nível universitário pertencentes às categorias profissionais de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico;
- seis técnicos(as) de enfermagem (plantonistas 12h); e
- quatro profissionais de nível médio.

Quadro 94 – Dimensionamento da equipe CAPS ad IV – diurno

| CARGO | QUANTIDADE |
|---------------------------------|--------------|
| Médico – Clínica Médica | Diarista |
| Médico – Psiquiatria | Diarista |
| Médico – Psiquiatria | Plantonista |
| Enfermeiro – saúde mental | 02 por turno |
| Profissionais de nível superior | 06 por turno |
| Técnico em enfermagem | 06 por turno |
| Profissional de nível médio | 05 por turno |

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

Conforme **Quadro 95**, durante o turno noturno, o **CAPS ad IV** deve dispor de:

- um(a) médico(a) psiquiatra (plantonista 12h);
- um(a) enfermeiro(a) com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonista 12h); e
- cinco técnicos(as) em enfermagem (plantonistas 12h).

Quadro 95 – Dimensionamento da equipe CAPS ad IV – noturno

| CARGO | QUANTIDADE |
|-----------------------------|-------------------|
| Médico – Psiquiatria | Plantonista |
| Enfermeiro – saúde mental | 01 por turno |
| Técnico em enfermagem | 05 por turno |
| Profissional de nível médio | 01 por turno |

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017.

28.ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO ÂMBITO DO SUS

Em 2014, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 485/2014, que redefiniu a organização e o funcionamento dos Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS. Essa medida teve como objetivo fortalecer a articulação intersetorial entre os diversos serviços públicos envolvidos na prevenção, acolhimento e cuidado das vítimas, garantindo uma atenção integral à saúde e a proteção da vida.

Para o alcance da intersetorialidade, consideram-se as legislações que dispõem sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, das quais compreende:

- Estatuto da Criança e do Adolescente;
- Estatuto do Idoso;
- Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, pode ser classificado nas seguintes categorias:

- Serviço de Referência para Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência Sexual;
- Serviço de Referência para Atenção Integral a Adolescentes em Situação de Violência Sexual;
- Serviço de Referência para Atenção Integral às Crianças em Situação de Violência Sexual;
- Serviço de Referência para Atenção Integral aos Homens em Situação de Violência Sexual;
- Serviço de Referência para Atenção Integral às Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual;
- Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei;
- Serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual.

Os estabelecimentos de saúde que ofertarem os Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual, devem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana, sem interrupção da continuidade dos turnos. Compete ao gestor local de saúde a responsabilidade pela regulação do acesso aos leitos nos casos que demandem internação.

A Portaria MS/GM nº 1.662/2015 incluiu, no âmbito do SUS, a habilitação para a realização da Coleta de Vestígios de Violência Sexual.

O dimensionamento dos cargos destinados aos serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no Âmbito do SUS foi realizado em conformidade com a Portaria GM/MS nº 485/2014, posteriormente republicada pela Portaria de Consolidação nº 5/2017, Capítulo VII, Seção I, conforme **Quadro 96**.

Quadro 96 – Dimensionamento na atenção integral em violência sexual

| CARGO | QUANTIDADE |
|---|------------|
| Médico Clínico ou Especialidade Cirúrgica | 1 |
| Enfermeiro | 1 |
| Técnico em enfermagem | 1 |
| Psicólogo | 1 |
| Assistente social | 1 |
| Farmacêutico | 1 |

Fonte: Portaria MS/GM nº 485/2014.

Para o dimensionamento dos Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, devem ser consideradas as seguintes informações:

- Tipo e classificação do serviço;
- A necessidade ou não de equipe específica para o serviço, uma vez que os profissionais podem ser alocados a partir de equipes já dimensionadas para o ambulatório ou para a urgência e emergência, conforme a organização e a demanda assistencial da unidade.

29. ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS

A definição de anomalia congênita é “toda anomalia funcional ou estrutural no desenvolvimento do feto, decorrente de fatores socioeconômicos, genéticos, infecções ou causadas por fatores nutricionais, maternos e ambientais”, caracterizada por altos índices de mortalidade neonatal e propensão a múltiplas sequelas.

As anomalias congênitas são classificadas em:

- Maiores: resultantes de defeitos anatômicos, funcionais ou estéticos graves, que implicam risco de morte.
- Menores: podem ser únicas ou múltiplas, frequentemente associadas a malformações maiores, apresentam baixa necessidade de intervenção cirúrgica, mas causam impacto significativo nos indivíduos acometidos.

A Portaria MS/GM nº 81/2009 instituiu a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica, com foco principal no aconselhamento genético e na garantia de

acesso igualitário para todos os indivíduos e famílias com risco de predisposição a anomalias congênitas ou doenças genéticas, possibilitando a identificação dos determinantes e condicionantes dos principais problemas de saúde correlacionados.

Em 2014, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, por meio da Portaria nº 199/2014, que aprovou as Diretrizes para a Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras em âmbito do SUS.

Conforme a portaria, considera-se doença rara aquela que acomete até 65 pessoas a cada 100.000 indivíduos, o que equivale a aproximadamente 1,3 pessoas para cada 2.000 (dois mil) indivíduos.

O objetivo da Política Nacional é garantir o acesso universal e estabelecer diretrizes que assegurem o cuidado integral e contínuo às pessoas com doenças raras. Os principais princípios dessa política incluem atenção humanizada, centrada no paciente, com oferta de equipe multiprofissional, o respeito às diferenças e a incorporação de tecnologias voltadas para o apoio terapêutico. Suas diretrizes estão concentradas na organização dos serviços para a habilitação/reabilitação das pessoas com doenças raras, com fomento à educação permanente dos profissionais de saúde atuantes nesses serviços.

A atenção no cuidado às pessoas com doenças raras, consiste em um conjunto de estratégias existentes na Rede de Atenção à Saúde (RAS), composto por atendimentos de serviços de urgência, serviços de reabilitação, ambulatório especializado e hospitalar. Os Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referência em Doenças Raras são os responsáveis pelas ações de prevenção, diagnósticas e terapêuticas, de acordo com os eixos assistenciais, sendo classificados em:

Eixo I

I. Doenças Raras de Origem Genética:

- Anomalias Congênitas ou de Manifestação Tardia;
- Deficiência Intelectual;
- Erros Inatos do Metabolismo.

Eixo II

II. Doenças Raras não Genéticas:

- Infeciosas;
- Inflamatórias;
- Autoimunes;
- Outras Doenças Raras de Origem não Genética.

Na estrutura da linha de cuidado da atenção às pessoas com doenças raras, esta é composta pela Atenção Básica, sendo a atenção primária a porta de entrada do usuário no SUS e a Atenção Especializada, caracterizada pelos serviços de atenção secundária e terciária, onde os hospitais habilitados que ofertam esse serviço na Rede Ebserh, serão dimensionados. A Atenção Especializada compreende os:

- **Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras:** compete oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica para uma ou mais doenças raras, em caráter multidisciplinar;
- **Serviço de Referência em Doenças Raras:** oferece atenção diagnóstica e terapêutica específica, em caráter multidisciplinar, da seguinte forma:
 - Atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 2 (duas) doenças raras dos grupos do Eixo I;
 - Atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 2 (duas) doenças raras dos grupos do Eixo II;
 - Atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 1 (um) grupo de cada um dos Eixos.

As instituições que ofertam a prestação desses serviços, devem dispor de apoio diagnóstico, sendo próprio ou alcançável, podendo ser formalmente referenciados e contratualizados:

- Laboratório de patologia clínica, anatomia patológica e de exames genéticos;
- Laboratório de imagem.

Em relação à Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, deve-se considerar as seguintes informações para o dimensionamento:

- Tipo de Serviço Habilitado;

- Quantidade de atendimentos/mês;
- Necessidade de equipe específica para o serviço, considerando se os profissionais já estão inseridos em unidades como ambulatório e internação;
- Quantidade de atendimento pediátrico, caso haja;
- Quantidade de aconselhamento genético, caso haja.

Para a habilitação em Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras é necessário ter um médico responsável, com experiência comprovada na área ou especialidade e, a composição de equipe mínima assistencial, de acordo com o **Quadro 97**.

Quadro 97 – Dimensionamento de equipe mínima do serviço de atenção especializada em doenças raras

| CARGO | QUANTIDADE |
|-----------------------|------------|
| Médico | Disponível |
| Enfermeiro | Disponível |
| Técnico em enfermagem | Disponível |

Fonte: Portaria MS/GM nº 199/2014.

O Serviço de Referência em Doenças Raras deve contar com um responsável técnico médico, registrado no Conselho Regional de Medicina, devendo assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS, e a equipe mínima assistencial deve ter cobertura de profissionais para cada Eixo, conforme **Quadro 98**.

Quadro 98 – Dimensionamento de equipe mínima do serviço de referência em doenças raras

| CARGO | QUANTIDADE |
|--|------------|
| Médico especialista em Doenças Raras | Disponível |
| Médico – Genética Médica | Disponível |
| Médico - Neurologia | Disponível |
| Médico – Pediatra (quando atender criança) | Disponível |
| Médico - Clínico Geral (quando atender adulto) | Disponível |
| Enfermeiro | Disponível |
| Técnico em enfermagem | Disponível |

| | |
|-------------------|------------|
| Psicólogo | Disponível |
| Nutricionista | Disponível |
| Assistente social | Disponível |

Fonte: Portaria MS/GM nº 199/2014.

O responsável técnico médico deve possuir título de especialista na área de doenças raras, com registro no conselho de classe competente, e/ou comprovar experiência mínima de cinco anos no atendimento às doenças raras tratadas neste serviço. Esse profissional poderá integrar a equipe assistencial.

Os parâmetros utilizados para a equipe mínima foram estabelecidos em conformidade com a Portaria GM/MS nº 199/2014, republicada pela Portaria de Consolidação nº 6/2017, aplicáveis a todos os cargos. Caso os atendimentos sejam realizados pela equipe multiprofissional já existente no HUF, o dimensionamento deverá seguir os parâmetros previstos para o Ambulatório.

30.CENTRO DE REFERÊNCIA EM TRATAMENTO DE OSTEOGÊNESE IMPERFEITA

A Osteogênese Imperfeita (OI) é uma doença hereditária caracterizada pela fragilidade óssea difusa, decorrente do defeito qualitativo ou quantitativo do pró-colágeno tipo 1, causando fraturas de repetição, podendo apresentar outras patologias concomitantes, tais como perda auditiva neurosensorial, escleras azuladas, dentinogênese imperfeita e em alguns casos hiper mobilidade articular.

No Brasil, os pacientes com OI são cadastrados e tratados em Centros de Referência para Osteogênese Imperfeita (CROI), os quais foram instituídos pela Portaria GM/MS nº 2.305/2001. Nestes Centros, os pacientes podem ser atendidos por profissionais geneticistas, endocrinologistas, fisioterapeutas e ortopedistas.

A Portaria Conjunta nº 17/2022 atualiza os parâmetros voltados ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos acometidos por esta condição.

Os critérios para o dimensionamento dos CROIs consideram as seguintes informações:

- Número de leitos da unidade;
- Habilitação em Centro de Referência em Tratamento de Osteogênese Imperfeita.

O Responsável Técnico pelo Centro de Referência deve ser médico especialista, com titulação cadastrada no respectivo órgão de classe, ou residência médica com experiência profissional em tratamento de OI, podendo ser:

- Médico – Clínica Médica;
- Médico – Endocrinologia e Metabologia;
- Médico – Genética Médica;
- Médico – Ortopedia e Traumatologia;
- Médico – Pediatria;
- Médico – Reumatologia.

Além, do responsável técnico, deve haver equipe formada por médicos com título de especialização em ortopedia, endocrinologia, reumatologia, pediatria, clínica médica e genética, reconhecido pela respectiva Sociedade ou com Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC, com experiência profissional no tratamento de Osteogênese Imperfeita.

Deve dispor de equipe multiprofissional composta por: nutricionista, enfermeiro, fisioterapeuta, fisiatra, farmacêutico, psicólogo e assistente social.

Quadro 99 – Composição da equipe do centro de referência em osteogênese imperfeita

| CARGO |
|-----------------------|
| Médicos especialistas |
| Enfermeiro |
| Técnico em enfermagem |
| Nutricionista |
| Fisioterapeuta |
| Fisiatra |
| Farmacêutico |
| Psicólogo |
| Assistente social |

Fonte: Portaria GM/MS nº 2.305/2001.

Os cargos de médicos especialistas para o CROI serão compatíveis com as do responsável técnico. A equipe mínima dimensionada nos casos de internação será composta por plantonistas e/ou diaristas. O acompanhamento será realizado pela equipe dimensionada no Ambulatório. Foi considerado o cargo de Técnico em Enfermagem para apoio e continuidade assistencial na sistematização de enfermagem.

31. CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER)

Os Centros Especializados em Reabilitação foram criados para atender à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da Portaria GM/MS nº 793/2012, que foi revogada e substituída pelo texto da Portaria de Consolidação nº 3/2017.

Os Centros Especializados em Reabilitação são organizados da seguinte forma, conforme a Portaria GM/MS nº 1.526/2023:

- **CER II:** composto por duas modalidades de reabilitação;
- **CER III:** composto por três modalidades de reabilitação;
- **CER IV:** composto por quatro modalidades de reabilitação.

Em atendimento a esta Portaria, os Centros de Reabilitação são classificados quanto ao tipo e quantidade de serviços especializados de reabilitação, conforme descrito no **Quadro 100**.

Quadro 100 – Tipos de especialidades dos centros especializados em reabilitação

| TIPO DO CER | SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO |
|-------------|--------------------------------|
| CER II | Auditiva e Física |
| CER II | Auditiva e Intelectual |
| CER II | Auditiva e Visual |
| CER II | Física e Intelectual |
| CER II | Física e Visual |
| CER II | Intelectual e Visual |
| CER III | Auditiva, Física e Intelectual |
| CER III | Auditiva, Física e Visual |
| CER III | Auditiva, Intelectual e Visual |

| | |
|----------------|--|
| CER III | Física, Intelectual e Visual |
| CER IV | Auditiva, Física, Intelectual e Visual |

Fonte: Adaptação da Portaria GM/MS nº 1.526/2023.

As informações necessárias para realizar o dimensionamento da equipe mínima, são:

- Tipo de CER e a habilitação das especialidades;
- Número de leitos de reabilitação de acordo com a especialidade.

Segundo a Portaria GM/MS nº 303/1992, a equipe técnica mínima, para um conjunto de até 15 leitos, deve ser composta por:

- um (uma) médico(a) fisiatra – 20 horas semanais;
- um (uma) enfermeiro(a), um (uma) fisioterapeuta, um (uma) psicólogo(a), um (uma) terapeuta ocupacional e um (uma) assistente social - 30 horas semanais, cada;
- profissionais de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento de atividades;
- considerando as variações no perfil da deficiência/incapacidade dos pacientes internados e as consequentes diferenças no tipo e no número de atendimento, os profissionais: terapeuta ocupacional (I), fonoaudiólogo (I), psicólogo (I) e assistente social (I) poderão atender até 30 leitos.

Em atendimento a esta Portaria, o dimensionamento da equipe técnica segue descrito no **Quadro 101**.

Quadro 101 – Dimensionamento da equipe mínima para leitos/unidades de reabilitação em hospital geral

| CARGO | QUANTIDADE |
|--------------------|-------------------|
| Médico - Fisiatria | 01 para 15 leitos |
| Enfermeiro | 01 para 15 leitos |
| Fisioterapeuta | 01 para 15 leitos |

| | |
|-----------------------|-------------------|
| Psicólogo | 01 para 15 leitos |
| Terapeuta ocupacional | 01 para 15 leitos |
| Assistente social | 01 para 15 leitos |

Fonte: Portaria GM/MS nº 303/1992.

32. REABILITAÇÃO AUDITIVA

Conforme a Portaria de Consolidação nº 3/2017, os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva devem garantir o atendimento integral ao paciente que compreende avaliação para diagnóstico, acompanhamento, reavaliação da perda auditiva, terapia fonoaudiológica, seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e reposição de molde auricular e de AASI.

A Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva será realizada pelos estabelecimentos de saúde que ofereçam apoio diagnóstico e terapêutico especializado, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento ambulatorial e hospitalar, na mesma estrutura física.

O estabelecimento de saúde habilitado à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deve contar com um responsável técnico (RT), médico otorrinolaringologista, com título de especialista emitido pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORLCCF) e/ou certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC). O RT somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único estabelecimento de saúde cadastrado no SUS, devendo residir no mesmo Município ou em cidades circunvizinhas. A responsabilidade técnica assumida pelo médico não o impede de exercer a medicina em outro estabelecimento de saúde credenciado pelo SUS.

A equipe deve contar com, pelo menos, mais um médico otorrinolaringologista, especialista pela ABORLCCF ou titular de certificado de Residência Médica em

Otorrinolaringologia emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC.

Para a prestação dos serviços de saúde descritos no *caput*, o estabelecimento de saúde deverá contar com equipe composta, no mínimo, dos seguintes profissionais:

I – médico(a) otorrinolaringologista, com título de especialista, emitido pela respectiva sociedade de especialidade - Associação Brasileira de Otorrinolaringologista e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORLCCF) e/ou certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), além de experiência e capacidade técnica apresentada pelo gestor local para o cuidado clínico e cirúrgico em saúde auditiva de que trata esta Seção e de acordo com a especificidade e escopo do respectivo estabelecimento de saúde, seja para implante coclear ou prótese auditiva ancorada no osso;

II – fonoaudiólogo (a), em quantitativo suficiente para o cuidado de que trata esta Seção, com título de especialista em audiologia emitido pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), além de experiência e capacidade técnica apresentada pelo gestor local para o cuidado em saúde auditiva de que trata esta Seção e de acordo com a especificidade e escopo do respectivo estabelecimento de saúde, seja para implante coclear ou prótese auditiva ancorada no osso;

III – psicólogo (a), em quantitativo suficiente para o atendimento ambulatorial pré-cirúrgico de pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso, e para o acompanhamento pós-cirúrgico de pacientes implantados;

IV – um(a) assistente social exclusivo para o atendimento ambulatorial pré-cirúrgico de pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso e para o acompanhamento pós-cirúrgico de pacientes implantados;

V - anesthesiologista, com certificado de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação em Anestesia ou Título de Especialista em Anestesiologia emitido pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia; e

VI - na área de enfermagem, a equipe deve possuir um(a) enfermeiro(a) coordenador(a), e, ainda, enfermeiros(as), técnicos(as) em enfermagem e auxiliares em enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermagem.

Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva devem possuir, também, equipe complementar composta de clínico geral, neuropediatra, neurologista, pediatra, radiologista, cardiologista, anestesista, cirurgião plástico e geneticista, todos residentes no mesmo Município ou em cidades circunvizinhas.

A unidade deverá prestar, na mesma área física, serviços de suporte, próprios ou contratados, nas seguintes áreas:

- I - nutrição;
- II - farmácia;
- III - hemoterapia; e
- IV - radiologia.

Quadro 102 – Dimensionamento da equipe mínima do serviço de reabilitação auditiva

| CARGO | QUANTIDADE |
|-------------------------------|---|
| Médico – Otorrinolaringologia | 01 responsável técnico |
| Médico – Otorrinolaringologia | 01 para o serviço |
| Médico – Anestesiologia | 01 para o serviço |
| Fonoaudiólogo – Audiologia | 01 para o serviço |
| Assistente social | 01 para o serviço (exclusivo) |
| Psicólogo | 01 para o serviço |
| Enfermeiro | Conforme Item 4 – Internação Hospitalar |
| Técnico em enfermagem | Conforme Item 4 – Internação Hospitalar |

Fonte: Portaria de Consolidação nº 3/2017.

33. CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)

A Portaria GM/MS nº 599/2006 definiu a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs), estabelecendo critérios, normas e requisitos para seu credenciamento, além de descrever os CEOs como estabelecimentos de saúde.

Posteriormente, essa Portaria foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 5/2017.

Os CEOs são classificados em Tipo I, Tipo II e Tipo III, conforme a quantidade de consultórios odontológicos. Deve-se considerar as seguintes informações para o dimensionamento:

- Tipo de habilitação;
- Quantitativo de consultórios.

O dimensionamento da equipe dos CEOs seguirá os parâmetros do Anexo XIV da Portaria de Consolidação nº 5/2017, especificados de acordo com o **Quadro 103**.

Quadro 103 – Dimensionamento da equipe mínima em centros de especialidade odontológica

| TIPO DO CEO | CARGO | QUANTIDADE |
|----------------------------------|--------------------|---------------------------------|
| CEO tipo I | Cirurgião dentista | No mínimo, 03 para o serviço |
| CEO tipo II | Cirurgião dentista | No mínimo, 04 para o serviço |
| CEO tipo III | Cirurgião dentista | No mínimo, 07 para o serviço |
| Auxiliar de consultório dentário | | 01 por consultório odontológico |

Fonte: Anexo XIV da Portaria de Consolidação nº 5/2017.

34. ATENÇÃO DOMICILIAR

A Atenção Domiciliar (AD) é a modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção da saúde, prestadas em domicílio, garantindo a continuidade de cuidados.

A AD foi redefinida pela Portaria MS/GM nº 825/2016 e as equipes que compõem o Serviço de Atenção Domiciliar são divididas em:

- Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMAD tipo 1; ou
- Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMAD tipo 2; e
- Equipe Multiprofissional de Apoio – EMAP.

Para a realização do dimensionamento são necessárias as seguintes informações:

- Tipo de serviço realizado;
- Quantitativo de usuários de atenção domiciliar;
- Número de Equipes Multiprofissional de Apoio – EMAP;
- Dias de funcionamento das visitas domiciliares por semana.

Os cargos dimensionados para a atenção domiciliar são:

34.1 Médico

I - EMAD Tipo 1: profissional médico com somatório de carga horária semanal de, no mínimo, 40 horas de trabalho por equipe;

II - EMAD Tipo 2: profissional médico, com CH semanal de, no mínimo, 20 horas de trabalho.

34.2 Enfermeiro

I - EMAD Tipo 1

- Profissional enfermeiro com somatório de carga horária semanal de, no mínimo, 40 horas de trabalho por equipe.

II - EMAD Tipo 2:

- Profissional enfermeiro com carga horária semanal de, no mínimo, 30 horas de trabalho.

34.3 Fisioterapeuta / Assistente social

I - EMAD Tipo 1:

- Profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de carga horária semanal de, no mínimo, 30 horas de trabalho por equipe;

II - EMAD Tipo 2:

- Profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CH semanal de, no mínimo, 30 horas de trabalho.

34.4 Técnico em Enfermagem

I - EMAD Tipo 1:

- Profissionais auxiliares ou técnicos em enfermagem, com somatório de carga horária semanal de, no mínimo, 120 horas de trabalho por equipe;

II - EMAD Tipo 2:

- Profissionais auxiliares ou técnicos em enfermagem, com somatório de carga horária semanal de, no mínimo, 120 horas de trabalho.

34.5 Equipe Multiprofissional de Apoio

A EMAP terá composição mínima de três profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das cargas horárias de seus componentes será de, no mínimo, 90 horas de trabalho:

I - assistente social;

II - fisioterapeuta;

III – fonoaudiólogo(a);

IV - nutricionista;

V – odontólogo(a);

VI – psicólogo(a);

VII – farmacêutico(a); ou

VIII – terapeuta ocupacional.

Para o farmacêutico(a), há um parâmetro no *Manual de Padrões Mínimos para Recursos Humanos e Serviços de Saúde*, São Paulo, 2017, no qual é dimensionado um(a) farmacêutico(a) por turno de atendimento para assistência domiciliar,

portanto, é necessário verificar a necessidade desse profissional de acordo com o tipo de serviço informado.

35. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, estabelecida em 2007 pelo Ministério da Saúde, possibilitou a consolidação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, publicada por meio da Portaria nº 1.820/2009. Este documento fundamenta o princípio de que “toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços organizados de forma a garantir a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde”.

Além disso, reforça o direito do indivíduo a receber atendimento adequado, de qualidade, no momento oportuno e com garantia de continuidade do tratamento. Para isso, torna-se essencial assegurar o uso de tecnologias apropriadas e contar com uma equipe de profissionais capacitados.

As informações fornecidas aos pacientes devem ser claras, objetivas e acessíveis, possibilitando a compreensão do seu quadro de saúde e facilitando a rápida identificação de aspectos importantes, como:

- Possíveis diagnósticos;
- Tipos, justificativas e riscos dos exames solicitados;
- Resultados dos exames realizados;
- Objetivos, riscos e benefícios de procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou de tratamento.

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) tem como objetivo esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes que apresentem sinais e sintomas de condições patológicas, contribuindo assim para um cuidado mais eficiente e centrado no usuário.

Os serviços de diagnóstico foram subdivididos para facilitar o cálculo do dimensionamento de acordo com os parâmetros estabelecidos, sendo:

- Laboratório de Patologia Clínica;

- Laboratório de Anatomia Patológica;
- Serviço de Radiologia Diagnóstica ou Intervencionista;
- Medicina Nuclear;
- Diagnóstico da Saúde da Mulher;
- Diagnóstico Materno Infantil;
- Métodos Gráficos em Neurologia;
- Diagnóstico em Oftalmologia;
- Diagnóstico em Otorrinolaringologia;
- Métodos Gráficos em Cardiologia;
- Diagnóstico do Sistema Respiratório;
- Diagnóstico em Gastroenterologia;
- Diagnóstico em Urologia;
- Diagnóstico em Hematologia.

35.1 Laboratório de Análises Clínicas

A complexidade dos laboratórios clínicos está diretamente ligada ao tipo e à quantidade de exames a serem realizados, bem como à relação com outros fatores, tais como: escolha de metodologias, características dos equipamentos e disponibilidade de profissionais especializados.

A equipe técnica de um laboratório é de caráter multidisciplinar, com interface com outras áreas relacionadas ao cuidado do paciente. Neles são realizados todos os exames laboratoriais de urgência e emergência, ambulatorial, rotina e triagem neonatal, os quais exigem a escolha de metodologias, características dos equipamentos e disponibilidade de profissionais especializados para realização dos exames e laudos.

Os parâmetros utilizados para dimensionar a equipe do Laboratório de Patologia Clínica têm como base:

- Categoria profissional;
- Tipo de exames realizados;
- Número de coletas por mês;

- Número de exames por mês;
- Qual profissional realiza a coleta;
- Dias e horário de funcionamento;
- Se há coleta ambulatorial;
- Número de laudos por mês.

No **Quadro 104** são apresentados os parâmetros para dimensionamento dos profissionais do Laboratório de Análises Clínicas.

Quadro 104 – Dimensionamento da equipe do laboratório de análises clínicas

| CARGO | TIPO | | QUANTIDADE |
|--|------------|------------|----------------------------------|
| Farmacêutico ou Biomédico ou Biólogo ou Médico – Patologia Clínica | Rotina | | 01 para até 5.000 exames/mês |
| | Emergência | | 01 para até 5.000 exames/mês |
| | | | 02 acima 5.000 exames/mês |
| Técnico em análises clínicas | Exames | | 01 para até 3.000 exames/mês |
| | Coleta | | 01 para até 900 exames/mês |
| Técnico em enfermagem | Coleta | Rotina | 01 para até 900 coletas/mês |
| | | Emergência | |
| Técnico em análises clínicas ou técnico em enfermagem | Amostra | | 02 para até 100.000 amostras/ano |

Fonte: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

No **Quadro 105**, apresenta-se o dimensionamento da equipe necessária para a realização das atividades de triagem neonatal, considerando a demanda de atendimentos e os critérios operacionais do serviço.

A equipe enumerada constitui-se na equipe mínima capaz de realizar testes em 100.000 amostras/ano. Esta equipe deve ser modificada para ser compatível com o número de exames realizados pelo laboratório:

- um(a) responsável técnico: médico(a)/biomédico(a)/bioquímico(a), devidamente habilitado, com experiência mínima de dois anos em triagem neonatal, declarada e comprovada por ele. É o responsável, em última instância, pelos resultados de todos os exames realizados no seu laboratório;

- dois(uas) técnicos(as) de nível superior: biomédico(a)/bioquímico(a)/biólogo(a), com treinamento específico e orientação na área de triagem, tanto em relação à execução das técnicas laboratoriais, como em relação à interpretação dos resultados, controles de qualidade e finalidades dos diferentes exames;

- um(a) supervisor(a) técnico, quando houver três ou mais técnicos de nível superior, que será responsável pela supervisão direta dos demais técnicos e que, juntamente com o responsável técnico, participará das demais tarefas de organização do laboratório;

- dois(uas) técnicos(as) de nível médio com habilitação comprovada, com treinamento específico na área de triagem neonatal;

- dois(uas) profissionais de nível médio para área administrativa, devendo um deles estar capacitado a realizar as funções descritas em Recursos Humanos do Sistema de Registro e Informações Automatizado.

Quadro 105 – Dimensionamento da equipe de triagem neonatal

| CARGO | QUANTIDADE |
|--|---|
| Responsável técnico (Médico/Biomédico/Bioquímico) | 01 para o serviço |
| Profissional de nível superior (Biomédico/Bioquímico/Biólogo) | 02 para 100.000 amostras/ano |
| Supervisor técnico | 01 para quando houver três ou mais técnicos de nível superior para 100.000 amostras/ano |
| Técnico em análises clínicas | 02 para 100.000 amostras/ano |
| Profissional de nível médio | 02 para o serviço |

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017.

Os serviços laboratoriais credenciados para a Contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e quantificação do RNA do HIV-1 pelo SUS possuem dimensionamento definido em Portaria nº 334/2007, conforme o número de testes realizados por mês.

Para os estados que realizem demanda inferior a 600 exames/mês, a equipe técnica deve ser composta pelos seguintes profissionais:

- Para contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+: 01 (um) profissional de nível superior para execução dos testes;

- Para quantificação do RNA do HIV-1: 02 (dois) profissionais de nível superior para a execução dos testes, devendo ser exclusivos desses laboratórios.

A equipe técnica deve possuir experiência mínima de 2 (dois) anos de trabalho em laboratório clínico e/ou biologia molecular, devendo ser comprovada por certificado e/ou declaração emitida pelo responsável técnico do laboratório. Esses profissionais devem ser responsáveis por todo processo de execução dos testes, pela emissão de laudo e pela liberação dos resultados no Sistema Informatizado de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL).

35.2 Laboratório de Anatomia Patológica

Os serviços ofertados pelos Laboratórios de Anatomia Patológica compreendem: necropsia, exame anatomopatológico e exame citopatológico.

Os parâmetros utilizados para dimensionar a equipe do Laboratório de Anatomia Patologia tem como base:

- Tipo de exames realizados;
- Número de exames por mês;
- Se possui serviço de necropsia;
- Dias e horário de funcionamento;
- Número de necrópsias por mês;
- Se realiza biópsia de congelação.

No **Quadro 106** são apresentados os parâmetros para dimensionamento dos profissionais do Laboratório de Anatomia Patológica.

Quadro 106 – Dimensionamento da equipe do laboratório de anatomia patológica

| CARGO | PROCEDIMENTO | QUANTIDADE |
|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Médico - Patologia | Biópsia | 01 para 350 exames/mês |
| | Congelação e Autopsia | 01 diurno |
| Médico - Citopatologia | Exames | 01 para 75 exames/mês |
| Técnico em citopatologia | Biópsia | 01 para 350 exames/diurno |
| | Citologia | 01 a cada 300 exames/mês |
| Técnico em necrópsia | Autopsia e controle de Necrotério | 01 por turno conforme necessidade |

Fonte: EBSEH/DGP/ CPP/Sedimp, 2026.

35.3 Serviço de Radiologia Diagnóstica

Com os avanços tecnológicos em saúde, a realização de procedimentos diagnósticos vem se apresentando com maior acurácia e eficácia, auxiliando na propedêutica clínica e na identificação precoce do surgimento das doenças, possibilitando o prognóstico e o plano terapêutico e sua aplicabilidade para o paciente.

Os Serviços de Radiodiagnóstico são unidades médicas específicas responsáveis por realizar exames de imagem utilizando radiação ionizante para apoiar os diagnósticos e dependem de profissional legalmente habilitado.

O dimensionamento da força de trabalho deve ser realizado de acordo com os horários de cobertura e com a quantidade de equipamentos disponíveis, conforme o **Quadro 107**.

Quadro 107 – Dimensionamento da equipe assistencial da radiologia diagnóstica

| CARGO | PROCEDIMENTO / ÁREA | QUANTIDADE |
|-----------------------|-----------------------|---|
| Técnico em radiologia | Raio – x fixo e móvel | 01 por equipamento e turno |
| | | 01 para cada 03 equipamentos noite e finais de semana |
| | Mamografia | 01 por equipamento e turno |
| | Tomografia | 01 por equipamento e turno |

| | | |
|-----------------------|---------------------------|----------------------------|
| | Densitometria | 01 por equipamento e turno |
| | Telecomandado | 01 por equipamento e turno |
| | Arco-cirúrgico ou escopia | 01 por equipamento e turno |
| | Ressonância magnética | 01 por equipamento e turno |
| Enfermeiro | Unidade | 01 por turno |
| Técnico em enfermagem | Tomógrafo | 01 por equipamento e turno |
| | Ressonância magnética | 01 por equipamento e turno |
| | Ultrassonografia/ecógrafo | 01 por equipamento e turno |

Fonte: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

Para além dos parâmetros de dimensionamento apresentados nas tabelas acima, faz-se necessário observar a quantidade de exames realizados, para que não haja ociosidade de profissionais.

No **Quadro 108**, é apresentado o dimensionamento da força de trabalho para equipe médica, considerando a duração dos exames e laudos.

Quadro 108 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos exames de imagem

| TIPO DE EXAME | DURAÇÃO DO EXAME | DURAÇÃO DO LAUDO |
|--|--|--|
| Radiologia convencional ¹ | 0,17 | 0,08 |
| Tomografia computadorizada ¹ | 0,17 | 0,25 |
| Ressonância magnética ¹ | 0,83 | 0,5 |
| Ultrassonografia gineco- obstétrica ¹ | 0,33 | 0,25 |
| Ultrassonografia geral ¹ | 0,33 | 0,42 |
| Mamografia ¹ | 0,25 | 0,33 |
| Densitometria ¹ | 0,25 | 0,17 |
| Anestesiologista ² | Disponível para quando houver exames com sedação | Disponível para quando houver exames com sedação |

Fontes: EBSEH/DAS/CGAH/SPA, 2026¹ e EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026².

35.4 Medicina Nuclear

A complexidade dos exames da Medicina Nuclear está diretamente ligada à análise da função dos tecidos e dos órgãos, avaliando a fisiologia e o metabolismo do corpo, bem como possui relação com outros fatores, tais como: escolha de

metodologias, características dos equipamentos e disponibilidade de profissionais especializados para a realização dos exames e laudos.

O Serviço de Medicina Nuclear deve ter como Responsável Técnico um(a) médico(a) nuclear ou seu(ua) substituto(a), que obrigatoriamente deve estar disponível durante todo o período de funcionamento do serviço.

O(A) Responsável Técnico pode assumir responsabilidade por até 2 (dois) Serviços de Medicina Nuclear concomitantemente.

O(A) Supervisor(a) de Proteção Radiológica, ou seu(ua) substituto(a), deve estar disponível durante o período de funcionamento do serviço.

O serviço que realiza exames de estresse cardíaco e cintilografias cardíacas deve contar com médico(a) cardiologista para a realização desses exames.

O serviço que administra doses terapêuticas de radiofármacos com internação deve possuir equipe de enfermagem com capacitação específica.

O serviço que produz radiofármacos para uso próprio deve possuir farmacêutico capacitado.

O dimensionamento da força de trabalho deve ser realizado de acordo com os horários de cobertura e com a quantidade de equipamentos disponíveis, conforme o **Quadro 109**.

Quadro 109 – Dimensionamento da equipe assistencial de medicina nuclear

| CARGO | PROCEDIMENTO / ÁREA | QUANTIDADE |
|---|---------------------|---|
| Enfermeiro | Unidade | 01 por turno de funcionamento ¹ |
| Farmacêutico | Unidade | 01 por turno de funcionamento (produção radiofármacos) ¹ |
| Físico – física médica – medicina nuclear | Unidade | 01 por turno de funcionamento (supervisor de proteção radiológica) ² |
| Técnico em radiologia | Medicina nuclear | 01 por equipamento e turno de funcionamento ¹ |
| Técnico em enfermagem | Medicina nuclear | 01 por equipamento e turno de funcionamento ¹ |

Fontes: EBSERH/DGP/ CPP/Sedimp, 2026¹ e RDC N° 38/2008².

A equipe médica de medicina nuclear é dimensionada conforme **Quadro 110**.

Quadro 110 – Dimensionamento da equipe médica de medicina nuclear

| CARGO | QUANTITATIVO |
|---|----------------------|
| Médico – Medicina Nuclear (responsável técnico) | 01 |
| Demais especialidades médicas | Conforme necessidade |

Fonte: Resolução CNEM nº159/2013.

35.5 Diagnósticos em Saúde da Mulher

As informações necessárias para o dimensionamento da equipe dos serviços de Diagnósticos em Saúde da Mulher são:

- Quantitativo de equipamentos;
- Quantitativo de exames mensais;
- Turnos e dias de funcionamento.

O parâmetro utilizado para o cálculo de dimensionamento será baseado no tempo de execução/realização e laudo em hora assistencial, somente nos casos que não forem realizados em consulta, conforme **Quadro 111**.

Quadro 111 – Parametrização da duração e laudo dos exames de saúde da mulher

| TIPO DE EXAME | EXECUÇÃO | LAUDO |
|---|-------------|-------|
| Colposcopia/Vulvoscopia | 0,17 | 0,17 |
| Endoscopia Ginecológica (ambulatorial) | 0,33 | 0,17 |
| Endoscopia Ginecológica (em centro cirúrgico) | 120 minutos | 0,17 |

Fonte: EBSERH/DAS/CGAH/SPA, 2026.

O dimensionamento da equipe assistencial para o serviço será realizado conforme sítio funcional, considerando as atividades de preparo dos materiais e instrumentais, admissão dos pacientes e acompanhamento durante a realização dos exames. A equipe poderá ser composta por enfermeiros(as) e técnicos(as) em enfermagem, de acordo com a necessidade do serviço e atribuições das categorias.

35.6 Diagnósticos Materno-Infantil

As informações necessárias para o dimensionamento da equipe dos serviços de Diagnósticos Materno Infantil são:

- Turnos e dias de funcionamento;
- Quantitativo de equipamentos;
- Quantitativo de exames mensais;
- Se o exame é realizado durante a consulta;
- Profissional responsável pela realização do exame.

O parâmetro utilizado para o cálculo de dimensionamento será baseado no tempo de execução/realização e laudo em hora assistencial, somente nos casos em que não forem realizados em consulta, conforme **Quadro 112**.

Quadro 112 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos diagnósticos materno infantil

| PROCEDIMENTO | EXECUÇÃO | LAUDO |
|---------------------------|----------|--------------|
| Cardiotocografia | 0,33 | 0,17 |
| Amniocentese | 0,5 | laboratorial |
| Cordocentese | 0,75 | laboratorial |
| Triagem auditiva neonatal | 0,33 | 0,17 |

Fonte: EBSEH/DAS/CGAH/SPA, 2026.

O dimensionamento da equipe para o serviço será realizado conforme sítio funcional, considerando as atividades de preparo dos materiais e instrumentais, admissão dos pacientes e acompanhamento durante a realização dos exames. A equipe poderá ser composta por enfermeiros(as) e técnicos(as) em enfermagem, de acordo com a necessidade do serviço e atribuições das categorias.

35.7 Métodos Gráficos em Neurologia

As informações necessárias para o dimensionamento da equipe dos serviços de Métodos Gráficos em Neurologia são:

- Turnos e dias de funcionamento;
- Quantitativo de equipamentos;
- Quantitativo de exames mensais;
- Se o exame é realizado durante a consulta;
- Profissional responsável pela realização/laudo do exame.

O parâmetro utilizado para o cálculo de dimensionamento considera o tempo de execução/realização e laudo em hora assistencial, conforme **Quadro 113**.

Quadro 113 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos métodos gráficos em neurologia

| PROCEDIMENTO | EXECUÇÃO | LAUDO |
|----------------------|----------|-------|
| Eletroencefalografia | 1,33 | 1 |
| Eletroneuromiografia | 1,5 | 0,5 |

Fonte: EBSEH/DAS/CGAH/SPA, 2026.

O dimensionamento da equipe para o serviço será realizado conforme sítio funcional, considerando as atividades de preparo dos materiais e instrumentais, admissão dos pacientes e acompanhamento durante a realização dos exames. A equipe poderá ser composta por enfermeiros(as) e técnicos(as) em enfermagem, de acordo com a necessidade do serviço e atribuições das categorias.

35.8 Diagnósticos em Oftalmologia

As informações necessárias para o dimensionamento da equipe dos serviços de Diagnósticos em Oftalmologia são:

- Turnos e dias de funcionamento;

- Quantitativo de equipamentos;
- Quantitativo de exames mensais;
- Se o exame é realizado durante a consulta;
- Profissional responsável pela realização/laudo do exame.

O parâmetro utilizado para o cálculo de dimensionamento será baseado no tempo de execução/realização e laudo em hora assistencial, somente nos casos que não forem realizados em consulta, conforme **Quadro 114**.

Quadro 114 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos exames oftalmológicos

| PROCEDIMENTO | EXECUÇÃO + LAUDO |
|-------------------------|------------------|
| Biometria ultrassônica | 0,33 |
| Paquimetria | 0,17 |
| Campimetria | 0,5 |
| Ceratometria | 0,17 |
| Fluoresceinografia | 0,5 |
| Laser | 0,5 |
| Mapeamento de retina | 0,5 |
| Papilografia | 0,17 |
| Retinografia | 0,34 |
| Teste visão subnormal | 0,5 |
| Topografia ocular | 0,42 |
| Ultrassonografia ocular | 0,67 |
| Yag laser | 0,33 |

Fonte: EBSEH/DAS/CGAH/SPA, 2026.

35.9 Diagnósticos em Otorrinolaringologia

As informações necessárias para o dimensionamento da equipe dos serviços de Diagnóstico em Otorrinolaringologia são:

- Turnos e dias de funcionamento;
- Quantitativo de equipamentos;

- Quantitativo de exames mensais;
- Se o exame é realizado durante a consulta;
- Profissional responsável pela realização/laudo do exame.

O parâmetro utilizado para o cálculo de dimensionamento será baseado no tempo de execução/realização e laudo em hora assistencial, somente nos casos em que não forem realizados em consulta, conforme **Quadro 115**.

Quadro 115 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos exames em otorrinolaringologia

| TIPO DE EXAME | EXECUÇÃO | | LAUDO |
|---|----------|---------|-------|
| | ADULTO | CRIANÇA | |
| Audiometria | 0,5 | 0,66 | 0,17 |
| Potenciais evocados | 1 | 2 | |
| Emissões otoacústicas evocadas | 0,17 | 0,34 | |
| Nasofibroscopia | 0,33 | 0,66 | |
| Videolaringospia | 0,33 | 0,66 | |
| Mapeamento e balanceamento de eletrodos | 1,5 | 3 | 0,51 |

Fonte: EBSEH/DAS/CGAH/SPA, 2026.

O dimensionamento da equipe para o serviço será realizado conforme sítio funcional, considerando as atividades de preparo dos materiais e instrumentais, admissão dos pacientes e acompanhamento durante a realização dos exames. A equipe poderá ser composta por enfermeiros(as) e técnicos(as) em enfermagem, de acordo com a necessidade do serviço e atribuições das categorias.

35.10 Métodos Gráficos em Cardiologia

As informações necessárias para o dimensionamento da equipe dos serviços de Métodos Gráficos em Cardiologia são:

- Turnos e dias de funcionamento;

- Quantitativo de equipamentos;
- Quantitativo de exames mensais;
- Se o exame é realizado durante a consulta;
- Profissional responsável pela realização/laudo do exame.

O parâmetro utilizado para o cálculo de dimensionamento será baseado no tempo de execução/realização e laudo em hora assistencial, somente nos casos em que não forem realizados em consulta, conforme **Quadro 116**.

Quadro 116 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos exames de cardiologia

| TIPO DE EXAME | EXECUÇÃO | LAUDO |
|--------------------|----------|-------|
| Ecocardiografia | 0,25 | 0,17 |
| Eletrocardiografia | 0,25 | 0,08 |
| Ergoespirometria | 0,25 | 0,25 |
| Holter 24 horas | 0,33 | 0,25 |
| Mapa | 0,25 | 0,17 |
| Teste ergométrico | 0,25 | 0,08 |

Fonte: EBSE RH/DAS/CGAH/SPA, 2026.

O dimensionamento da equipe para o serviço será realizado conforme sítio funcional, considerando as atividades de preparo dos materiais e instrumentais, admissão dos pacientes e acompanhamento durante a realização dos exames. A equipe poderá ser composta por enfermeiros(as) e técnicos(as) em enfermagem, de acordo com a necessidade do serviço e atribuições das categorias.

35.11 Diagnóstico do Sistema Respiratório

As informações necessárias para o dimensionamento da equipe dos serviços de Diagnósticos do Sistema Respiratório são:

- Turnos e dias de funcionamento;

- Quantitativo de equipamentos;
- Quantitativo de exames mensais;
- Se o exame é realizado durante a consulta;
- Profissional responsável pela realização/laudo do exame.

O parâmetro utilizado para o cálculo de dimensionamento será baseado no tempo de execução/realização e laudo em hora assistencial, conforme **Quadro 117**.

Quadro 117 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos exames de diagnósticos do sistema respiratório

| TIPO DE EXAME | EXECUÇÃO | LAUDO |
|--------------------------|----------|-------|
| Prova de função pulmonar | 0,25 | 0,17 |
| Teste de caminhada | 0,25 | 0,17 |
| Endoscopia respiratória | 0,75 | 0,17 |

Fonte: EBSEH/DAS/CGAH/SPA, 2026.

O dimensionamento da equipe para o serviço será realizado conforme sítio funcional, considerando as atividades de preparo dos materiais e instrumentais, admissão dos pacientes e acompanhamento durante a realização dos exames. A equipe poderá ser composta por enfermeiros(as) e técnicos(as) em enfermagem, de acordo com a necessidade do serviço e atribuições das categorias.

35.12 Diagnósticos em Gastroenterologia

As informações necessárias para o dimensionamento da equipe dos serviços de Diagnósticos em Gastroenterologia são:

- Unidade e estrutura específica para a realização dos exames;
- Quantidade de salas e de leitos, para preparo dos pacientes;
- Quantidade de salas e leitos de recuperação pós-anestésica;
- CME no mesmo setor de realização do exame;
- Número de salas de lavagem/pré-lavagem de materiais;

- Quantitativo de equipamentos;
- Quantitativo de exames mensais;
- Turnos e dias de funcionamento;
- Profissional responsável pela realização/laudo do exame.

O parâmetro utilizado para o cálculo de dimensionamento será baseado no tempo de execução/realização e laudo em hora assistencial, conforme **Quadro 118**.

Quadro 118 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos exames de diagnósticos de gastroendoscopia

| TIPO DE EXAMES | EXECUÇÃO | LAUDO |
|----------------------------|----------|-------|
| Endoscopia Digestiva Alta | 0,33 | 0,25 |
| Endoscopia Digestiva Baixa | 0,75 | 0,17 |

Fonte: EBSEH/DAS/CGAH/SPA, 2026.

O dimensionamento da equipe para o serviço será realizado conforme sítio funcional, considerando as atividades de preparo dos materiais e instrumentais, admissão dos pacientes e acompanhamento durante a realização dos exames. A equipe poderá ser composta por enfermeiros(as) e técnicos(as) em enfermagem, de acordo com a necessidade do serviço e atribuições das categorias.

35.13 Diagnóstico em Urologia

As informações necessárias para o dimensionamento da equipe dos serviços de Diagnósticos do Sistema Respiratório são:

- Turnos e dias de funcionamento;
- Quantitativo de equipamentos;
- Quantitativo de exames mensais;
- Se o exame é realizado durante a consulta;
- Profissional responsável pela realização/laudo do exame.

O parâmetro utilizado para o cálculo de dimensionamento será baseado no tempo de execução/realização e laudo em hora assistencial, conforme **Quadro 119**.

Quadro 119 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos exames urológicos

| TIPOS DE EXAMES | EXECUÇÃO | LAUDO |
|---------------------------|----------|-------|
| Ureterolitotripsia | 1 | - |
| Litotripsia extracorpórea | 1 | - |
| Endoscopia urinária | 0,5 | - |
| Exames urodinâmicos | 0,75 | 0,25 |

Fonte: EBSEH/DAS/CGAH/SPA, 2026.

O dimensionamento da equipe para o serviço será realizado conforme sítio funcional, considerando as atividades de preparo dos materiais e instrumentais, admissão dos pacientes e acompanhamento durante a realização dos exames e manuseio dos equipamentos. A equipe poderá ser composta por enfermeiros(as) e técnicos(as) em enfermagem, de acordo com a necessidade do serviço e atribuições das categorias.

35.14 Diagnóstico em Hematologia

As informações necessárias para o dimensionamento da equipe dos serviços de Diagnósticos em Hematologia são:

- Turnos e dias de funcionamento;
- Quantitativo de equipamentos;
- Quantitativo de exames mensais;
- Se o exame é realizado durante a consulta;
- Profissional responsável pela realização/laudo do exame.

O parâmetro utilizado para o cálculo de dimensionamento será baseado no tempo de execução/realização e laudo em hora assistencial, conforme **Quadro 120**.

Quadro 120 – Parametrização da duração dos exames e laudos dos exames em hemoterapia

| TIPOS DE EXAMES | EXECUÇÃO | LAUDO |
|-------------------------|----------|-------|
| Biópsia de medula óssea | 1 | 0,5 |
| Mielograma | 1 | 0,5 |

Fonte: EBSEH/DAS/CGAH/SPA, 2026.

O dimensionamento da equipe para o serviço será realizado conforme sítio funcional, considerando as atividades de preparo dos materiais e instrumentais, admissão dos pacientes e acompanhamento durante a realização dos exames. A equipe poderá ser composta por enfermeiros(as) e técnicos(as) em enfermagem, de acordo com a necessidade do serviço e atribuições das categorias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Manual Técnico tem como finalidade padronizar a metodologia de Dimensionamento de Pessoal adotada nos Hospitais Universitários Federais (HUF) vinculados à Rede Ebserh, contribuindo para a geração de conhecimento avaliativo e subsidiando decisões estratégicas relacionadas à gestão da força de trabalho.

A proposta visa orientar ações voltadas à otimização, adequação e sustentabilidade dos quadros de pessoal, com impacto direto na eficiência operacional e na qualidade dos serviços prestados à população.

Os serviços que, por ora, não foram contemplados em sua totalidade, bem como aqueles que venham a ser incorporados no âmbito de novos programas de saúde pública, serão objeto de futuras publicações elaboradas pelo Serviço de Dimensionamento de Pessoal da Diretoria de Gestão de Pessoas. Dessa forma, assegura-se a permanente atualização do conteúdo técnico, em consonância com as demandas assistenciais e institucionais.

Importante destacar que o quadro de pessoal autorizado está diretamente vinculado ao Contrato Especial de Gestão firmado entre a Ebserh e as Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), o que reforça a relevância de uma gestão eficiente da força de trabalho, garantindo a execução plena, qualificada e pactuada dos serviços junto ao SUS.

Adicionalmente, o dimensionamento de pessoal deve observar criteriosamente a compatibilidade entre o número de profissionais, a capacidade instalada e a demanda assistencial efetiva. Tal alinhamento é essencial para evitar a ociosidade de recursos humanos e demais estruturas assistenciais, promovendo o equilíbrio entre a manutenção da qualidade do atendimento e a sustentabilidade das operações, considerando as particularidades de cada unidade hospitalar.

Por fim, ressalta-se que o monitoramento contínuo da lotação dos profissionais nas unidades hospitalares representa um instrumento estratégico para a gestão da força de trabalho. Esse processo é fundamental para otimizar a alocação de pessoal, qualificar o planejamento de recursos humanos e direcionar

os esforços institucionais para os serviços prioritários, alinhados às metas e obrigações previstas no contrato de gestão firmado com o SUS.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

CAPÍTULO I

BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 dez. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Portaria SEDGG/ME Nº 7.888, de 1º de setembro de 2022. Estabelece orientações aos órgãos e entidades da administração pública federal quanto aos procedimentos a serem observados para o dimensionamento da força de trabalho. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sedgg/me-n-7.888-de-1-de-setembro-de-2022-427278710> Acesso em: 4 jun. 2025;

CAPÍTULO II

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH. Plano de Cargos, Carreiras e Salários. Brasília, DF: EBSEH, jun. 2023. Disponível em: https://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/gestao_pessoas/Plano_de_Cargos_Carreiras_e_Salarios_EBSEH_04122014.pdf. Acesso em: 12 ago. 2025.

CAPÍTULO III

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. *Descrição sumária das atribuições dos cargos efetivos, em comissão e funções gratificadas da Ebserh*. Brasília, 2024. Disponível em: <http://ebserh.mec.gov.br/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

BRASIL. Lei nº 13.716, de 24 de setembro de 2018. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para assegurar atendimento educacional ao aluno da educação básica internado para tratamento de saúde em regime hospitalar ou domiciliar por tempo prolongado. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção 1, p. 2, 25 set. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13716.htm . Acesso em: 12 ago. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO – COREN-SP. Parecer Técnico nº 004/2019 – Cálculo de consultas de enfermagem e número máximo de atendimentos pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *São Paulo*, 2019. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/pareceres/calculo-de-consultas-de-enfermagem-e-numero-maximo-de-atendimentos-pelo-enfermeiro-na-estrategia-saude-da-familia/parecer-004-2019-calculo-consulta-de-enfermagem-na-atencao-basica/>. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350 p.: il. (1ª ed.). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 12 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (Brasil). Resolução nº 444, de 26 de abril de 2014. Dispõe sobre a regulamentação da especialidade profissional de Fisioterapia em Saúde da Mulher e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 89, p. 126, 13 maio 2014. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3242>. Acesso em: 12 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (Brasil). Resolução nº 448, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre a regulamentação da especialidade profissional de Fonoaudiologia em Saúde Coletiva e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 87, p. 162, 9 maio 2016. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucao-cffa-no-448-de-28-de-abril-de-2016/>. Acesso em: 12 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (Brasil). Resolução nº 445, de 26 de abril de 2014. Reconhece a especialidade profissional de Fisioterapia em Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 86, p. 104, 8 maio 2014. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3182>. Acesso em: 12 ago. 2025.

SILVA, Maria Ítalla Jacttakaiury Belarmino da. A demanda de atendimento do Serviço Social em um ambulatório público: o desafio da humanização e da gestão da assistência direta aos usuários. In: SEMANA DE SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE DE RIO DAS OSTRAS – UFFRO, 8., 2019, Rio das Ostras. *Anais [...]*. Rio das Ostras: UFF, 2019. Disponível em: <link_para_o_arquivo>. Acesso em: 12 ago. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Padrões mínimos para farmácia hospitalar e serviços de saúde*. São Paulo: CRF-SP, 2017. Disponível em: <https://www.crfsp.org.br/images/cartilhas/padroes-minimos/padroes-minimos.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (Brasil). Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm. Acesso em: 12 ago. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 9ª REGIÃO (GO). Nota Técnica CRP-09 nº 003/2019: Estabelece parâmetros de assistência psicológica em contextos de atenção primária, secundária e terciária de saúde. Goiânia: CRP-09, 2019. Disponível em: https://crp09.org.br/portal/images/noticias/2019/NOTATECNICACRP09No32019_PARAMETROSDEASSISTENCIAPSILOGICANASAUDE.pdf. Acesso em: 4 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (Brasil). Resolução nº 391, de 26 de agosto de 2020. Define a atuação do Profissional de Educação Física em contextos hospitalares.

Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 166, p. 400, 28 ago. 2020. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CONFEF-391-2020-08-26.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2025.

AMBULATÓRIO

Parecer CREMESE nº 003/2013, Resolução CREMEPE nº 01/2005, Resolução CREMEPE nº 17/2017, PORTARIA MS Nº 1.631, DE 1º DE OUTUBRO DE 2015 (anexo). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/anexo/anexo_prt1101_12_06_2002.pdf. Acesso em: 4 jun. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer nº 004/2019: cálculo de consultas de enfermagem e número máximo de atendimentos pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Coren-SP, 2019. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/pareceres/calculo-de-consultas-de-enfermagem-e-numero-maximo-de-atendimentos-pelo-enfermeiro-na-estrategia-saude-da-familia/>. Acesso em: [4 jun. 2025].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350 p. ISBN 978-85-334-2629-0. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 444, de 27 de junho de 2014. Altera a Resolução COFFITO nº 387/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas. Brasília: COFFITO, 2014. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3208>. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução nº 48, de 18 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre a aprovação do documento que estipula os Parâmetros Assistenciais em Fonoaudiologia, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=362818>. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 445, de 26 de abril de 2014. Altera a Resolução COFFITO nº 418/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional. *Diário Oficial da União*: seção 1, n. 203, p. 128-132, 21 out. 2014. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3209>. Acesso em: 4 jun. 2025.

SILVA, Ítala J. B. *A demanda de atendimento do serviço social em um ambulatório público: o desafio da humanização e da gestão da assistência direta aos usuários*. [S.l.: s.n.], [2019?]. Disponível em: <http://ihs.sites.uff.br/wp-content/uploads/sites/47/2019/05/Artigo-A-demanda-de-atendimento-do-servi%C3%A7o-social-em-um-ambulat%C3%B3rio-p%C3%BAblico-por-Itala-J-B-Silva-1.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR E SERVIÇOS DE SAÚDE. *Padrões mínimos para farmácia hospitalar e serviços de saúde*. 3. ed. São Paulo: SBRAFH, 2017.

Disponível em: <https://www.sbrafh.org.br/site/public/docs/padroes.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2025.

BERTONHA, Lúcia Helena Lista; DALTOÉ, Juracema; HARO, Ana Jeanette; PEREIRA, Roberta; VILELA, Maria Augusta. *Oficina: Resolução CFN nº 600/2018 – Desafios da Ação Fiscal*. [S.l.]: Conselho Federal de Nutricionistas, 2019. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Oficina_Resol_CFN_Res_CFN-n_600_2018_desafios.pdf. Acesso em: 4 jun. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 9ª REGIÃO (GO). *Nota Técnica CRP-09 nº 003/2019: estabelece parâmetros de assistência psicológica em contextos de atenção primária, secundária e terciária de saúde*. Goiânia: CRP-09, 2019. Disponível em: https://www.crp09.org.br/portal/images/noticias/2019/NOTATECNICACRP09N032019_PARAMETROSDEASSISTENCIAPSILOGICANASAUDE.pdf. Acesso em: 4 jun. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenadoria de Gestão da Atenção Hospitalar. Serviço de Planejamento Assistencial. Brasília, DF: EBSEH/DAS/CGAH/SPA, 2026.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Planejamento de Pessoal. Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal. Brasília, DF: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

HOSPITAL-DIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 44/GM/MS, de 10 de janeiro de 2001. Aprova, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a modalidade de assistência "Hospital Dia". Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 jan. 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044_10_01_2001.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017_comparquivo1.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.414, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital dia geriátrico. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 mar. 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2414_23_03_1998.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS nº 249, de 16 de abril de 2002. Aprova as normas para cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 abr. 2002. Disponível em: <https://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/novo/pdf/POLITICASEPROGRAMASNACIONAISPARADOEN%C3%87ASESPECIFICAS/Portaria249.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 44, de 10 de janeiro de 2001. Aprova, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a modalidade de assistência Hospital Dia e estabelece diretrizes para sua implementação. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 jan. 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044_10_01_2001.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria SAES/MS nº 688, de 28 de agosto de 2023. Altera a Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre os critérios para a habilitação de estabelecimentos de saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Hospital Geral com Cirurgia de Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 30 ago. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-saes/ms-n-688-de-28-de-agosto-de-2023-506035073>. Acesso em: 24 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 mar. 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-de-consolidacao-saes/ms-n-1-de-22-de-fevereiro-de-2022-392203953>. Acesso em: 24 jun. 2025.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Portaria FNDE nº 312, de 28 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a prorrogação do prazo para realização dos aditamentos de renovação, dilatação e transferência dos contratos de financiamento concedidos pelo FIES. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 dez. 2022. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/3949/portaria-fnde-n-312-2022>. Acesso em: 4 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Parecer Normativo nº 1/2024: Parâmetros para o planejamento da força de trabalho da Enfermagem pelo Enfermeiro*. Brasília: Cofen, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-1-2024-cofen/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Estabelece normas básicas para implantação do sistema de alojamento conjunto nas unidades médico-assistenciais integrantes do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 ago. 1993. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt1016_26_08_1993.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prc/prc05_28-09-2017.htm. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Estabelece diretrizes relacionadas ao sistema logístico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 set. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Planejamento de Pessoal. Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal. Brasília, DF: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

CENTRO CIRÚRGICO

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 mar. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdco050_21_02_2002.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.490, de 13 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a composição da equipe cirúrgica e da responsabilidade direta do cirurgião titular. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 29 abr. 1998, p. 174. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1998/1490_1998.pdf. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 214, de 10 de novembro de 1998. Dispõe sobre a instrumentação cirúrgica. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2141998/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Regional de Técnicos em Radiologia da 1ª Região. Parecer CORED nº 02/2023 – Arco Cirúrgico. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://crtr01.gov.br/transparencia/wp-content/uploads/2024/03/PARECER-CORED-N%C2%BA-02-2023-ARCO-CIR%C3%9ARGICO.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 667, de 3 de maio de 2021. Atualiza a normatização da atuação do Enfermeiro Perfusionista. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 maio 2021. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-667-2021/>. Acesso em: 24 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM nº 1.802/2006. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 27 fev. 2018, p. 75-84. Disponível em: https://www.sbahq.org/wp-content/uploads/2018/03/RESOLU%C3%87%C3%83O-2_174-de-14-de-dezembro-de-2017-Di%C3%A1rio-Oficial-da-Uni%C3%A3o-Imprensa-Nacional.pdf. Acesso em: 4 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Parecer Normativo nº 1/2024: Parâmetros para o planejamento da força de trabalho da Enfermagem pelo Enfermeiro*. Brasília: Cofen, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-1-2024-cofen/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Planejamento de Pessoal. Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal. Brasília, DF: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenadoria de Gestão da Atenção Hospitalar. Serviço de Planejamento Assistencial. Brasília, DF: EBSEH/DAS/CGAH/SPA, 2026.

CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Aprova o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 mar. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdco050_21_02_2002.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Parecer Normativo nº 1/2024: Parâmetros para o planejamento da força de trabalho da Enfermagem pelo Enfermeiro*. Brasília: Cofen, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-1-2024-cofen/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Planejamento de Pessoal. Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal. Brasília, DF: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

TRANSPLANTES

BRASIL. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 5 fev. 1997. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9434.htm. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Parecer Normativo nº 1/2024: Parâmetros para o planejamento da força de trabalho da Enfermagem pelo Enfermeiro*. Brasília: Cofen, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-1-2024-cofen/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

HEMOTERAPIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prc/prc05_28-09-2017.htm. Acesso em: 12 ago. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Planejamento de Pessoal. Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal. Brasília, DF: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 709, de 19 de agosto de 2022. Atualiza a Norma Técnica que dispõe sobre a atuação de enfermeiros e técnicos de enfermagem em hemoterapia. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 ago. 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-709-2022/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.161, de 7 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 8 jul. 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1161_07_07_2005.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Planejamento de Pessoal. Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal. Brasília, DF: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. Consolida as normas sobre as

ações e os serviços de atenção especializada à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 fev. 2022. Disponível em: <https://www.editoraroncarati.com.br/v2/Diario-Oficial/Diario-Oficial/PORTARIA-DE-CONSOLIDACAO-SAES-MS-N%C2%BA-001-DE-22-02-2022.html>. Acesso em: 12 ago. 2025.

ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.169, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 jun. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1169_15_06_2004.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. Consolida as normas sobre a atenção especializada à saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 mar. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prc0001_31_03_2022.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 210, de 15 de junho de 2004. Define as Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, estabelecendo suas atribuições e critérios de credenciamento. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 21 jun. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS/prt210_15_06_2004.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. Consolida as normas sobre a atenção especializada à saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 mar. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prc0001_31_03_2022.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Planejamento de Pessoal. Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal. Brasília, DF: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

HEMODINÂMICA E ELETROFISIOLOGIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 210, de 15 de junho de 2004. Define as Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular,

estabelecendo suas atribuições e critérios de credenciamento. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 21 jun. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS/prt210_15_06_2004.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. Consolida as normas sobre a atenção especializada à saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 mar. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prc0001_31_03_2022.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Planejamento de Pessoal. Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal. Brasília, DF: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

ALTA COMPLEXIDADE EM OBESIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013. Define o regulamento técnico, normas e critérios para a Hemoterapia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 mar. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 12 ago. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Planejamento de Pessoal. Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal. Brasília, DF: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/resolucoes_old/Res_600_2018.htm. Acesso em: 4 jun. 2025.

ASSISTÊNCIA AOS QUEIMADOS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI), UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS (UCI), UNIDADE CORONARIANA (UCO), UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCo) E UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL CANGURU (UCINCa)

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 25 fev. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.862, de 29 de dezembro de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as Unidades de Terapia Intensiva - UTI e as Unidades de Cuidado Intermediário - UCI, destinadas ao cuidado progressivo do paciente crítico, grave ou de alto risco ou moderado no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 29 dez. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2862_29_12_2023.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

DIÁLISE PARA UTI

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Nota Técnica GGTES/ANVISA nº 006, de 2009. Estabelece parâmetros para execução de procedimentos dialíticos em ambiente hospitalar fora dos serviços de diálise abrangidos pela RDC nº 154/2004. [S.l.]: ANVISA, 2009. Disponível em: <https://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/legislacao-lista-categoria/14-legislacao-por-assunto/21-programas-especiais/239-hemodialise.html?download=204>. Acesso em: 4 jun. 2025.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA – TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA PARA PACIENTES CRÔNICOS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.675, de 7 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 8 jun. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.062, de 19 de agosto de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 ago. 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2062_23_08_2021.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

GESTÃO DE ALTO RISCO

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 120, p. 109, 27 jun. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.135, de 16 de agosto de 2023. Estabelece os critérios e procedimentos para o repasse da assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, e dispõe sobre o repasse referente ao exercício de 2023. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 ago. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.135-de-16-de-agosto-de-2023-503484754> . Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 set. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (Brasil). Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas

atribuições, estabelece parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 mar. 2018.

Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/>

/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/7029089. Acesso em: 12 ago. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Planejamento de Pessoal. Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal. Brasília, DF: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. *Padrões mínimos para farmácia hospitalar e serviços de saúde*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/crh/institucional/areas-tecnicas/farmacia-hospitalar/padroes-minimos-para-farmacia-hospitalar-e-servicos-de-saude.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2025.

CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 set. 2024. Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui diretrizes para a organização da atenção à saúde na gestação de alto risco e define critérios para implantação e habilitação dos serviços de referência à saúde na gestação de alto risco, incluída a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 maio 2013. Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Planejamento de Pessoal. Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal. Brasília, DF: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

CENTRO DE PARTO NORMAL

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para a implantação e habilitação de Centros de Parto Normal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 8 jan. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

CENTRO OBSTÉTRICO

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 4 jun. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Parecer Normativo nº 1/2024: Parâmetros para o planejamento da força de trabalho da Enfermagem pelo Enfermeiro*. Brasília: Cofen, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-1-2024-cofen/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Planejamento de Pessoal. Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal. Brasília, DF: EBSEH/DGP/ CPP/Sedimp, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017*. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/19308122. Acesso em: 12 ago. 2025.

BANCO DE LEITE E LACTÁRIO

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Bancos de Leite Humano. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 set. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0171_04_09_2006.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 fev. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdco050_21_02_2002.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Planejamento de Pessoal. Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal. Brasília, DF: EBSEH/DGP/ CPP/Sedimp, 2026.

NUTRIÇÃO CLÍNICA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº 63, de 6 de julho de 2000*. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia Antineoplásica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2000. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-63-de-6-de-julho-de-2000-25760177>. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre as áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 fev. 2018. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/resolucoes_old/Res_600_2018.htm. Acesso em: 4 jun. 2025.

FARMÁCIA HOSPITALAR

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Suplemento, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prco002_03_10_2017.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR E SERVIÇOS DE SAÚDE (SBRAFH). *Padrões mínimos para farmácia hospitalar e serviços de saúde*. 3. ed. São Paulo: SBRAFH, 2017. Disponível em: <https://www.sbrafh.org.br/site/public/docs/padroes.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2025.

REDE DE ATENÇÃO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.451, de 10 de março de 1995. Estabelece normas mínimas para o funcionamento de prontos-socorros públicos e privados. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 17 mar. 1995, p. 3666. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1451_1995.pdf. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999. Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 abr. 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prto479_15_04_1999.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prto373_27_02_2002.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.077, de 24 de julho de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 set. 2014, p. 80. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 nov. 2002. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 661, de 9 de março de 2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da equipe de enfermagem na atividade de Classificação de Risco. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 mar. 2021. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_87205.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Planejamento de Pessoal. Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal. Brasília, DF: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

BRASIL. Lei nº 6.996, de 7 de junho de 1982. Dispõe sobre a utilização de processamento eletrônico de dados nos serviços eleitorais, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 jun. 1982. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/l6996.htm. Acesso em: 4 jun. 2025.

CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 665, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 abr. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Planejamento de Pessoal. Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal. Brasília, DF: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/19308122. Acesso em: 12 ago. 2025.

ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO ÂMBITO DO SUS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 abr. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prto485_01_04_2014.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.662, de 2 de outubro de 2015. Define critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 out. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1662_02_10_2015.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolida normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prco005_03_10_2017.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 81, de 20 de janeiro de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 jan. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prto081_20_01_2009.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 199, de 30 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 12 fev. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prto199_30_01_2014.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prco006_03_10_2017.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM TRATAMENTO DE OSTEOGÊNESE IMPERFEITA

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.305, de 19 de dezembro de 2001. Aprova o Protocolo de Indicação de Tratamento Clínico da Osteogênese Imperfeita com pamidronato dissódico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 dez. 2001. Disponível em: <https://www.anoi.com.br/2015/08/portaria-n-2305gm-de-19-de-dezembro-de.html>. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 17, de 8 de setembro de 2022. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteogênese Imperfeita. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 set. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/poc0017_26_09_2022.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 abr. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 out. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1526_16_10_2023.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria MS/SNAS nº 303, de 2 de julho de 1992. Modifica a Portaria nº 225, de 29 de janeiro de 1992, que dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para pessoa portadora de deficiência. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 jul. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/snas/1992/prt0303_02_07_1992.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria SAES/MS nº 1.147, de 21 de dezembro de 2023. Altera a Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2023/prt1147_22_12_2023.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

REABILITAÇÃO AUDITIVA

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.776, de 18 de dezembro de 2014. Atualiza e amplia os procedimentos relacionados à atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 dez. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2776_18_12_2014.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 mar. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto599_23_03_2006.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

ATENÇÃO DOMICILIAR

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 abr. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prto825_25_04_2016.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 14 ago. 2009. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Gestão de Pessoas. Coordenadoria de Planejamento de Pessoal. Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal. Brasília, DF: EBSEH/DGP/PPP/Sedimp, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 334, de 25 de fevereiro de 2007. Estabelece regulamento técnico para o funcionamento dos Serviços de Atenção Especializada às Pessoas Vivendo com HIV/Aids. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 26 fev. 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0334_25_02_2007.html. Acesso em: 12 ago. 2025.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenadoria de Gestão da Atenção Hospitalar. Serviço de Planejamento Assistencial. Brasília, DF: EBSEH/DAS/CGAH/SPA, 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 38, de 4 de junho de 2008. Dispõe sobre a instalação e o funcionamento de serviços de medicina nuclear in vivo. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 5 jun. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0038_04_06_2008.html. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Comissão Nacional de Energia Nuclear. Resolução CNEN nº 159, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre requisitos de radioproteção e segurança para serviços de medicina nuclear. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 9 jul. 2013. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/31396310. Acesso em: 12 ago. 2025.