



Política Nacional de Atenção às Urgências

Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências:

- Portas de Entrada Hospitalares de Urgência
- Enfermarias Clínicas de Retaguarda
- Enfermarias de Retaguarda de Longa Permanência
- Leitos de Cuidados Intensivos

Minuta de Portaria

Versão de 27/7/11

1.Introdução:

A minuta de portaria que trata do componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências regulamenta o funcionamento deste importante componente com os seguintes objetivos:

- organizar a atenção às urgências nos hospitais, que deve atender a demanda espontânea e referenciada para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade;
- garantir a retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos; leitos clínicos e cirúrgicos, de terapia intensiva e de longa permanência para a rede de atenção às urgências e
- garantir a assistência hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias (cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia) em articulação com os demais pontos de atenção.-

A minuta reforça a necessidade de o componente hospitalar estar integrado à Rede de Atenção às Urgências, e estabelece além das diretrizes básicas do SUS de universalidade, equidade e integralidade, também a humanização; a exigência do acolhimento com Classificação de Risco; a Regionalização com acesso regulado e a atenção multiprofissional, e baseado na gestão de linhas de cuidado.

São consideradas unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências, aquelas que se enquadrarem nos seguintes requisitos:

I - Sejam instituições hospitalares públicas (estaduais/municipais) ou filantrópicas, que desempenhem um papel de referência regional, realizando, no mínimo, 10% dos atendimentos oriundos de outros municípios, registrados no Sistema de Informação Hospitalar – SIH;

II – Possuam, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos - SCNES;

III – Sejam instituições de referência regional para a Rede de Atenção às Urgências e habilitadas em uma das seguintes linhas de cuidado: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, pediatria ou traumato-ortopedia.

Observando-se que as instituições hospitalares que não se enquadrarem estritamente aos critérios de número mínimo de leitos cadastrados no SCNES e referência regional de 10% dos atendimentos oriundos dos outros municípios, mas que, excepcionalmente, forem consideradas estratégicas para a referência regional no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências poderão se beneficiar dos **investimentos** desde que seja pactuado na Comissão Intergestores Regional – CIR e na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e avaliadas e consideradas como tal pelo Ministério da Saúde.

2.SUBCOMPONENTES E O FINANCIAMENTO

A portaria também normatiza investimentos e incentivos de custeio para quatro subcomponentes que integram o componente hospitalar:

1. Porta de entrada ou emergência
2. Enfermaria de retaguarda de clínica médica
3. UTI de retaguarda
4. Enfermarias de retaguarda de longa permanência

Tabela I

Recursos previstos para o Componente Hospitalar da RAU

| SUBCOMPONENTE | INVESTIMENTO | CUSTEIO | OBSERVAÇÕES |
|-------------------------------|--|---|---|
| EMERGENCIA (Porta de Entrada) | Apresentar Projeto de até R\$ 3.000.000,00 para readequação física ou e ampliação tecnológica. SICON/MS GESCON/MS SISPAG | Incentivo: Hospital Geral: R\$ 100 mil mensais Hospital Tipo I: R\$ 200 mil. Hospital Tipo II: R\$ 300mil | 231 hospitais estratégicos no país com as seguintes características : Ter mais de 100 leitos; Mais de 10% de Referência; Ter Unidade de Terapia Intensiva Credenciada em Cardiovascular, Traumatologia/Ortopedia, Pediatria ou Neurologia /Neurocirurgia |
| ENFERMARIA CLÍNICA | | Incentivo: Diárias de R\$ 300,00 | Hospitais públicos: 1 leito qualificado /2 novos leitos Hospitais filantrópicos: 1 leito qualificado /1 novo leito. |
| LEITOS DE UTI | Apresentar Projeto de até R\$100 mil por leito novo | Incentivo: Custo médio estimado R\$1.000,00 / leito/dia. MS pagará R\$ 800,00/leito/dia (80%) | Os hospitais com porta de entrada poderão qualificar até 80% dos leitos de UTI e 70% dos demais. A diferença deverá ser financiada pelos gestores Estadual e Municipal (pactuação na CIR e CIB). |
| ENFERMARIA LONGA PERMANÊNCIA | | Incentivo: R\$ 200,00/ dia até 30º dia de Internação e R\$100,00 acima deste período | |

O recebimento dos recursos está condicionado ao cumprimento de metas dos contratos, convênios e congêneres assinados com os gestores, devendo a avaliação ser feita semestralmente pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências.

3. PORTAS DE ENTRADA DE URGENCIA

Para que as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência localizadas nas unidades hospitalares estratégicas passem a fazer jus aos valores de financiamento (investimento e custeio) discriminados na Portaria deverão ser qualificadas. Para tanto devem se adequar aos seguintes critérios em um período de até 06 (seis) meses:

- I - Estabelecer e adotar protocolos de classificação de risco, clínico e de procedimentos administrativos no hospital;
- II - Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, priorizando aqueles que necessitem de tratamento imediato;
- III - Estar articulado com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, Unidades de Pronto Atendimento – UPA e com outros serviços da rede de atenção à saúde, ordenados através das Centrais de Regulação regional;
- IV - Estar submetido e regulado pela Central de Regulação de Urgência.
- V - Possuir equipe multiprofissional compatível com seu porte;
- VI - Organizar o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal e utilizando prontuário único compartilhado por toda a equipe;
- VII – Implantar mecanismos de gestão da clínica;

VIII - Fornecer retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade, que compõem a Rede de Atenção às Urgências em sua região;

IX – Garantir o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes;

X – Realizar o contra-referenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede;

3. LEITOS DE RETAGUARDA

A portaria cria três modalidades de leitos para servir de retaguarda para as Portas de Entrada, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas, de longa permanência e de leitos de terapia intensiva. Em todas elas há algumas condições comuns:

- I. Estabelecerem e adotarem protocolos clínicos, e de procedimentos administrativos;
- II. Contarem com equipe mínima de Médicos, Enfermeiros, Técnicos em enfermagem para as enfermarias e com equipe de UTI tipo II ou III para os leitos de UTI, bem como suporte para especialidades nas 24 horas para todos os tipos de leitos;
- III. Organizar o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal (diarista) e utilizando prontuário único compartilhado por toda a equipe;
- IV. Implantar mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado e eficiência de leitos, a reorganização dos fluxos e processos de trabalho, a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

- V. Estarem articuladas aos Serviços de Atenção Domiciliar da sua Região de Saúde, para os leitos de enfermaria;
- VI. Garantirem procedimentos diagnósticos e terapêuticos;
- VII. Garantirem o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
- VIII. Submeterem-se à auditoria do gestor local;
- IX. Serem totalmente reguladas pelas Centrais de Regulação;
- X. Mantiverem Taxa de Ocupação das enfermarias de, no mínimo, 85% e 90% para as UTI
- XI. Mantiverem Média de Permanência semestral de 10 dias para os leitos de clínica.

ANEXO I

**MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS INVESTIMENTOS E CUSTEIO DA REDE DE
URGÊNCIA**

ENFERMARIAS CLÍNICAS DE RETAGUARDA

I – PARA LEITOS NOVOS

I.I – Valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos X 365 dias X R\$300,00 X 0,85 (85%de taxa de ocupação)

I.II – Incentivo anual para o prestador = Número de leitos novos X 365 dias X R\$200,00 X 0,85 (85%de taxa de ocupação)

Onde R\$200,00 = R\$300,00 – R\$100,00 (R\$100,00 foi o valor médio da diária de leitos clínicos de adultos no país em 2010), e considerando que além do incentivo, a internação será faturada e paga via SIH-SUS.

II – PARA LEITOS JÁ EXISTENTES

II.I - Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos já existentes que estão sendo qualificados X 365 dias X R\$200,00 X 0,85% (85% de taxa de ocupação)

Onde R\$200,00 = R\$300,00 – R\$100,00 (R\$100,00 foi o valor médio da diária de leitos clínicos de adultos no país em 2010), e considerando que a internação nestes leitos já é faturada e paga, e que o valor de R\$100,00 já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito.

ENFERMARIAS DE RETAGUARDA DE LONGA PERMANÊNCIA

I - Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador =

Número de leitos de Longa Permanência X 292 dias X R\$200,00 X 0,85% (Taxa de ocupação de 85%)

Onde 292 dias significam 80% da utilização do leito com a diária de R\$200,00.

Somado a:

Número de leitos de Longa Permanência X 73 dias X R\$100,00 X 0,85% (Taxa de ocupação de 85%)

Onde 73 dias significam 20% da utilização do leito com a diária de R\$100,00.

UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA RETAGUARDA

I – PARA LEITOS NOVOS

I.I – Valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos X 365 dias X R\$800,00 X 0,90 (90%de taxa de ocupação)

I.II – Valor do incentivo anual para o prestador = Número de leitos novos de UTI X 365 dias X (R\$800,00 - valor da diária de UTI tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 (90 % de taxa de ocupação).

Para isto, os novos leitos deverão preencher as condições previstas em portarias específicas, pleitearem o credenciamento como UTI, e faturar as diárias no SIH-SUS.

II – PARA LEITOS JÁ EXISTENTES

II.I – Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos de UTI já existentes que estão sendo qualificados X 365 dias X (R\$800,00 - valor da diária de UTI tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 (90 % de taxa de ocupação)

Considera-se aqui que as diárias destes leitos já estão sendo faturadas e pagas e que o valor da diária da Tabela SUS já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito.

ANEXO II

TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PROPOSTA DE INCENTIVO FINANCEIRO

| <u>Portas de Entrada</u> | | | |
|----------------------------------|--|--|---|
| Tipologia | Hospital Especializado Tipo II | Hospital Especializado Tipo I | Hospital Geral |
| Critérios de habilitação- | <p>Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento e deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes.</p> <p>Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumatologia-ortopedia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria</p> | <p>Hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde conforme PDR.</p> <p>Com uma cobertura populacional de 201 mil a 500 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumatologia-ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria.</p> | <p>Hospital de referência para, no mínimo, uma Região de Saúde conforme Plano Diretor Regional (PDR).</p> <p>Com cobertura populacional de até 200 mil habitantes.</p> <p>São estabelecimentos que possuem estrutura para realizar ações de média complexidade.</p> |

| | | | |
|------------------------------------|---|---|--|
| Recursos Humanos | <i>Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.</i> | <i>Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.</i> | <i>Deve contar com equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anestesiólogista, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos.</i> |
| Incentivo Financeiro Mensal | R\$ 300.000,00 | R\$ 200.000,00 | R\$ 100.000,00 |

Minuta de Portaria no XXX/SAS, de XX de julho de 2011.

Reorganiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e:

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem o Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080/90, que estabelece os princípios e diretrizes do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando o Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando o disposto na Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que prioriza a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no país;

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.600 de 07 de julho de 2011, que altera a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde – SUS.

R E S O L V E:

Art. 1º Reorganizar o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, dos leitos clínicos de retaguarda, dos leitos de longa permanência, dos leitos de cuidados intensivos, de acordo com os critérios estabelecidos nesta Portaria e pela

reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular.

Art. 2º O componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências deverá ser estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes desta Rede, a partir do Plano de Ação Regional conforme Portaria GM/MS 1.600 de 07 de julho de 2011.

DAS DIRETRIZES E OBJETIVOS DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 3º - Constituem diretrizes do componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências:

- I. Universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- II. Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- III. Atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;
- IV. Regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- V. Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

Art. 4º São objetivos do componente hospitalar da Rede Atenção às Urgências:

I - Organizar a atenção às urgências nos hospitais, que devem atender à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionar como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade;

II - Garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos; leitos clínicos e cirúrgicos, de terapia intensiva e de longa permanência para a rede de atenção às urgências;

III – Garantir a assistência hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção.

DAS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA

Art. 5º Para efeito desta portaria são Portas de Entrada Hospitalares de Urgência os serviços de atendimento às demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, que funcionem nas 24h (vinte quatro horas) do dia, todos os dias da semana, instalados em uma unidade hospitalar.

§1º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de atendimento exclusivo de obstetrícia e psiquiatria não estão incluídas no conjunto de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência previstas nesta Portaria.

§2º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, objeto desta Portaria, devem estar instaladas em unidades hospitalares estratégicas para a rede de atenção às urgências.

Art. 6º São consideradas unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências, referidas no § 2º do Art. 5º desta Portaria, aquelas que se enquadrarem nos seguintes requisitos:

I - Sejam instituições hospitalares públicas (estaduais/municipais) ou filantrópicas, que desempenhem um papel de referência regional, realizando, no mínimo, 10% dos atendimentos oriundos de outros municípios, registrados no Sistema de Informação Hospitalar – SIH;

II – Possuam, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos - SCNES;

III – Sejam instituições de referência regional para a Rede de Atenção às Urgências e habilitadas em uma das seguintes linhas de cuidado: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, pediatria ou traumato-ortopedia.

PARÁGRAFO ÚNICO. As instituições hospitalares que não se enquadrarem estritamente aos critérios de número mínimo de leitos cadastrados no SCNES e

referência regional de 10% dos atendimentos oriundos dos outros municípios, estabelecidos neste Artigo, mas que, excepcionalmente, forem consideradas estratégicas para a referência regional no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências poderão se beneficiar dos investimentos estabelecidos nesta Portaria, desde que sejam pactuadas na Comissão Intergestores Regional – CIR e na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e avaliadas e consideradas como tal pelo Ministério da Saúde.

Art. 7º Para que as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência localizadas nas unidades hospitalares estratégicas passem a fazer jus aos valores de financiamento (investimento e custeio) discriminados nesta Portaria, deverão ser consideradas qualificadas.

§1º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência serão consideradas qualificadas ao se adequarem aos seguintes critérios em um período de, até 06 (seis) meses:

I - Estabelecer e adotar protocolos de classificação de risco, clínico e de procedimentos administrativos no hospital;

II - Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo grau de risco de vida, sofrimento ou agravos à saúde, priorizando aqueles que necessitem de tratamento imediato;

III - Estar articulada com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, Unidades de Pronto Atendimento – UPA e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência, ordenados através das Centrais de Regulação regional;

IV - Estar submetida e regulada pela Central de Regulação de Urgência.

V - Possuir equipe multiprofissional compatível com seu porte;

VI - Organizar o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal (diarista) e utilizando prontuário único compartilhado por toda a equipe;

VII – Implantar mecanismos de gestão da clínica visando a qualificação do cuidado e eficiência de leitos, a reorganização dos fluxos e processos de trabalho, a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

VIII - Fornecer retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade, que compõem a Rede de Atenção às Urgências em sua região: procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias;

IX – Garantir o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

X – Realizar o contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência.

§ 2º Para a avaliação e o acompanhamento dos critérios de qualificação dispostos no § 1º deste Artigo será realizada visita técnica à unidade, em parceria com o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências.

Art. 8º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, localizadas nos hospitais estratégicos, que se enquadrarem aos critérios de qualificação estabelecidos no Artigo 7º desta Portaria poderão apresentar projetos para readequação física (reforma ou ampliação) e tecnológica no valor de até R\$ 3.000.000,00 (três milhões de reais), com o objetivo de adequar a ambiência com vistas à qualificação da assistência, obedecendo aos pressupostos da Política Nacional de Humanização e normas da Agência de Vigilância Sanitária – ANVISA, conforme regras estabelecidas no Anexo I desta Portaria.

Art. 9º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, localizadas nos hospitais estratégicos, que se enquadrarem aos requisitos do Art. 5º e aos critérios de qualificação estabelecidos no Artigo 7º desta Portaria, farão jus ao incentivo de forma como se segue, de acordo com a tipologia descrita no Anexo II:

I - As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos, classificados como Hospital Geral receberão R\$ 100.000,00 (cem mil reais), como incentivo de custeio mensal.

II - As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos, classificados como Hospital Especializado Tipo I receberão R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), como incentivo de custeio mensal.

III - As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos, classificados como Hospital Especializado Tipo II receberão R\$ 300.000,0 (trezentos mil reais), como incentivo de custeio mensal.

§ 1º O incentivo financeiro previsto no caput deste Artigo estará condicionado ao cumprimento dos requisitos previstos nos art. 6º e critérios do artigo 7º desta Portaria e das metas pactuadas por meio da contratualização entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares, podendo ser reduzido ou cancelado no caso de descumprimento a partir do prazo estipulado de seis meses.

§ 2º O Grupo Conductor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e monitoramento semestral do cumprimento dos requisitos previstos nos art. 6º e dos critérios de qualificação estabelecidos no art. 7º desta Portaria e das metas pactuadas por meio da contratualização.

DAS ENFERMARIAS DE RETAGUARDA

Art. 10 O componente Hospitalar de Atenção às Urgências deverá garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas, de longa permanência e de leitos de terapia intensiva.

PARÁGRAFO ÚNICO. O número de novos leitos de retaguarda de enfermarias clínicas, de longa permanência e de unidades de terapia intensiva - UTI deverá ser calculado de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, podendo o leito estar localizado nas unidades hospitalares estratégicas definidas pelo Art. 6º desta Portaria ou em outros hospitais de retaguarda, localizados nas regiões de saúde, onde estejam situadas as unidades hospitalares estratégicas.

DAS ENFERMARIAS CLÍNICAS DE RETAGUARDA

Art. 11 As instituições Hospitalares públicas (estaduais/municipais) ou filantrópicas que disponibilizarem leitos de retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, por meio da organização de Enfermarias Clínicas qualificadas, terão incentivo financeiro de custeio.

§ 1º As enfermarias Clínicas de retaguarda serão consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios:

- XII. Estabelecerem e adotarem protocolos clínicos, e de procedimentos administrativos;
- XIII. Contarem com equipe mínima de Médicos, Enfermeiros, Técnicos em enfermagem, bem como suporte para especialidades nas 24 horas;
- XIV. Organizarem o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal (diarista) e utilizando prontuário único compartilhado por toda a equipe;
- XV. Implantarem mecanismos de gestão da clínica visando a qualificação do cuidado e eficiência de leitos, a reorganização dos fluxos e processos de trabalho, a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;
- XVI. Estarem articuladas aos Serviços de Atenção Domiciliar da sua Região de Saúde, quando couber;
- XVII. Garantirem procedimentos diagnósticos e terapêuticos;
- XVIII. Garantirem o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
- XIX. Submeterem-se à auditoria do gestor local;
- XX. Serem totalmente reguladas pelas Centrais de Regulação de Leitos;
- XXI. Mantiverem Taxa de Ocupação das enfermarias de, no mínimo, 85%.
- XXII. Mantiverem Média de Permanência semestral de 10 dias.

§ 2º Os hospitais públicos (estaduais/municipais) ou filantrópicos que oferecerem novas enfermarias clínicas, específicas para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências, e estiverem qualificados de acordo com os critérios estabelecidos no §1º deste Artigo, estarão aptos a receber o incentivo de custeio com o valor da diária por novo leito de R\$ 300,00 (trezentos reais).

§ 3º Os hospitais públicos (estaduais/ municipais) que oferecerem leitos clínicos já existentes, específicos para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências, e estiverem qualificados de acordo com os critérios estabelecidos no §1º deste Artigo, estarão aptos a receber o incentivo de custeio com o valor da diária de R\$ 300,00 (trezentos reais) de acordo com a seguinte norma: para cada 02 (dois) novos leitos clínicos abertos, o hospital terá direito a qualificar 01 (um) leito clínico já existente.

§ 4º Os hospitais filantrópicos que oferecerem leitos clínicos já existentes, específicos para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências, e estiverem qualificados de acordo com os critérios estabelecidos no §1º deste Artigo, estarão aptos a receber o incentivo de custeio com o valor da diária de R\$ 300,00 (trezentos reais) de acordo com a seguinte norma: para cada novo leito clínico aberto, o hospital terá direito a qualificar 01 (um) leito clínico já existente.

§ 5º O incentivo financeiro de que trata este Artigo será repassado aos fundos de saúde, e em seguida aos prestadores de serviço, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos no § 1º deste Artigo e das metas pactuadas por meio da contratualização entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares, de acordo com as normas estabelecidas no Anexo I desta Portaria, podendo ser reduzido ou cancelado no caso de descumprimento a partir do prazo estipulado de seis meses.

§ 6º O Grupo Conductor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e monitoramento semestral do cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos no § 1º deste Artigo e das metas pactuadas por meio da contratualização.

DAS ENFERMIARIAS DE RETAGUARDA DE LONGA PERMANÊNCIA

Art. 12 As instituições Hospitalares públicas (estaduais/municipais) ou filantrópicas que disponibilizarem leitos de retaguarda de longa permanência às Portas Hospitalares de Urgências, por meio da qualificação de Enfermarias de Longa Permanência estarão aptas a receberem um incentivo financeiro de custeio.

§ 1º As Enfermarias de Longa Permanência serão consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios:

- I. Estabelecerem e adotarem protocolos clínicos, e de procedimentos administrativos;
- II. Contarem com equipe mínima de Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Técnicos em enfermagem, bem como suporte para especialidades nas 24 horas;
- III. Organizarem o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal e utilizando prontuário único compartilhado por toda a equipe;
- IV. Implantarem mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado e eficiência de leitos, a reorganização dos fluxos e processos de trabalho, a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

- V. Estarem articuladas aos Serviços de Atenção Domiciliar da sua Região de Saúde, quando couber;
- VI. Garantirem procedimentos diagnósticos e terapêuticos;
- VII. Garantirem o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
- VIII. Submeterem-se à auditoria do gestor local;
- IX. Serem totalmente reguladas pelas Centrais de Regulação de Leitos.

§ 2º As enfermarias de Longa Permanência, específicas para retaguarda às urgências, que se enquadrarem nos critérios de qualificação estabelecidos no § 1º deste artigo, farão jus a custeio diferenciado do leito, com diária de R\$ 200,00 (duzentos reais) até o 30º dia de internação e R\$ 100,00 (cem reais) acima deste período.

§ 3º O incentivo financeiro de que trata este Artigo será repassado aos fundos de saúde, e em seguida aos prestadores de serviço, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos no § 1º deste Artigo e das metas pactuadas por meio da contratualização entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares, de acordo com as normas estabelecidas no Anexo I desta Portaria, podendo ser reduzido ou cancelado no caso de descumprimento a partir do prazo estipulado de seis meses.

§ 4º O Grupo Conductor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e monitoramento semestral do cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos no § 1º deste Artigo e das metas pactuadas por meio da contratualização.

§ 4º A SAS deverá criar nova tipologia de leito para longa permanência e procedimentos para atender ao disposto no *caput* deste artigo, em portaria específica.

DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA RETAGUARDA

Art.13 As instituições Hospitalares públicas (estaduais/municipais) ou filantrópicas que disponibilizarem leitos de Terapia Intensiva para retaguarda das Portas de

Entradas Hospitalares de Urgência, por meio de ampliação e qualificação dos leitos de terapia intensiva estarão aptas a receber incentivo financeiro.

§1º As instituições Hospitalares públicas ou filantrópicas que disponibilizarem novos leitos de Unidades de Terapia Intensiva - UTI qualificados, específicos para retaguarda às Portas Hospitalares de Urgências poderão apresentar projeto para financiamento de adequação física e tecnológica no valor de até R\$100.000,00 (cem mil reais) por leito novo, de acordo com as normas estabelecidas no Anexo I desta Portaria.

§ 2º As unidades de Terapia Intensiva – UTI serão consideradas qualificadas de acordo com os seguintes critérios:

- I. Estabelecer e adotar protocolos clínicos, e de procedimentos administrativos;
- II. Contar com equipe de UTI tipo II ou III, bem como suporte para especialidades nas 24 horas;
- III. Organizar o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal e utilizando prontuário único compartilhado por toda equipe;
- IV. Implantar mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado e eficiência de leitos, a reorganização dos fluxos e processos de trabalho, a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;
- V. Garantir procedimentos diagnósticos e terapêuticos;
- VI. Garantir o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
- VII. Submeter-se a auditoria do gestor local;
- VIII. Ser totalmente regulada pelas Centrais de Regulação;
- IX. Mantiver Taxa de Ocupação da unidade de, no mínimo, 90%.

§ 3º As instituições Hospitalares públicas (estaduais/municipais) ou filantrópicas que disponibilizarem novos leitos de Unidades de Terapia Intensiva - UTI qualificados, específicos para retaguarda às Portas de Entradas Hospitalares de Urgências ou que qualificarem os leitos já existentes, farão jus a custeio diferenciado do leito de UTI, no valor estimado da diária de R\$ 1.000,00 (mil reais), dos quais o gestor federal deverá financiar 80%.

§ 4º A diferença entre o valor da diária do leito de UTI e o repasse do recurso federal deverá ser financiado pelos gestores estadual e municipal de forma pactuada na Comissão Intergestores Regional – CIR e na Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

§ 5º As instituições Hospitalares públicas (estaduais/municipais) ou filantrópicas que possuem Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e disponibilizarem leitos de Terapia Intensiva – UTI já existentes poderão qualificar até 80% dos seus leitos de UTI, de acordo com os critérios estabelecidos no § 2º deste Artigo.

§ 6º As instituições Hospitalares públicas (estaduais/municipais) ou filantrópicas que não possuem Portas de entrada Hospitalares de Urgência e disponibilizarem leitos de Terapia Intensiva – UTI já existentes poderão qualificar até 70% dos seus leitos de UTI, de acordo com os critérios estabelecidos no § 2º deste Artigo.

§ 7º O incentivo financeiro de que trata este Artigo será repassado aos fundos de saúde, e em seguida aos prestadores de serviço, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos no § 2º deste Artigo e das metas pactuadas por meio da contratualização entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares, de acordo com as normas estabelecidas no Anexo I desta Portaria, podendo ser reduzido ou cancelado no caso de descumprimento a partir do prazo estipulado de seis meses.

§ 8º O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e monitoramento semestral do cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos no § 2º deste Artigo e das metas pactuadas por meio da contratualização.

DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art.14 Os recursos financeiros referentes ao componente hospitalar serão repassados seguindo as seguintes modalidades:

I – Os recursos para reforma das portas de entrada hospitalares de urgência deverão ser repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios/SICONV/MS e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios/GESCON/MS.

II - Os recursos para a compra de equipamentos e materiais permanentes para as portas de entrada hospitalares de urgência e unidade de UTI adulto, UTI pediátrica deverão ser repassados fundo a fundo, pelo sistema de Pagamento/SISPAG ou pelo Sistema de Contratos e Convênios/SICONV/MS, ou ainda pelo Sistema de Gestão Financeira e de Convênios/GESCON/MS.

III – Os recursos de custeio serão repassados fundo a fundo.

§1º Em caso da não aplicação dos recursos ou do descumprimento, por parte do beneficiário dos compromissos de qualificação assumidos, os recursos de obras, reformas e equipamentos deverão ser imediatamente devolvidos ao FNS, acrescidos da correção prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS - SNA, em cada nível de gestão, e a órgãos de controle externo.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 15 – Para garantir a qualidade da gestão das portas de entrada hospitalares de urgência e dos leitos de retaguarda, serão criados Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar nas instituições hospitalares contempladas nesta portaria, compostos pelos coordenadores das seguintes unidades: Urgência/Emergência, Unidade de Terapia Intensiva - UTI e Unidades de internação, central de internação do hospital e um representante do gestor local, cujo objetivo será:

- I. Garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares promovendo a interface com as centrais de Regulação de urgência e internação;
- II. Promover a permanente articulação entre a unidade de urgência e as unidades de internação;
- III. Monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação;
- IV. Propor mecanismos de avaliação através de indicadores clínicos e administrativos;
- V. Propor e acompanhar a adoção de Protocolos clínicos;
- VI. Acompanhar o processo de cuidado do paciente para que seja atendido no local mais adequado às suas necessidades;
- VII. Articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar;
- VIII. Manter a vigilância da taxa de ocupação e da média de permanência

- IX. Garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais por meio do controle sobre os processos de trabalho;
- X. Atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, através da articulação e encaminhamento para os demais serviços da rede;
- XI. Monitorar o agendamento cirúrgico com vistas à otimização da utilização das salas;
- XII. Agilizar a realização de exames necessários;
- XIII. Definir critérios de internação e alta;
- XIV. Responder às demandas do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências.

PARÁGRAFO ÚNICO. Para o alcance dos objetivos estabelecidos no *caput* cada membro do grupo terá funções específicas cotidianas relativas ao funcionamento do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar, articuladas entre si e com o conjunto de coordenadores das diversas especialidades, com agenda conjunta periódica para avaliação das atividades desenvolvidas.

Art. 16 A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS publicará portaria específica com os critérios para a reorganização das Linhas de Cuidado Prioritárias.

Art. 17 Determinar que os recursos orçamentários objeto desta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho: 10.302.1220.8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade; 10.1302.1220.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde; e 10.302.1220.8933-Serviço de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar.

Art. 18 Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 19 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministro de Estado da Saúde

ANEXO I**MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS INVESTIMENTOS E CUSTEIO DA REDE DE URGÊNCIA****ENFERMARIAS CLÍNICAS DE RETAGUARDA****I – PARA LEITOS NOVOS**

I.I – Valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos X 365 dias X R\$300,00 X 0,85 (85%de taxa de ocupação)

I.II – Incentivo anual para o prestador = Número de leitos novos X 365 dias X R\$200,00 X 0,85 (85%de taxa de ocupação)

Onde R\$200,00 = R\$300,00 – R\$100,00 (R\$100,00 foi o valor médio da diária de leitos clínicos de adultos no país em 2010), e considerando que além do incentivo, a internação será faturada e paga via SIH-SUS.

II – PARA LEITOS JÁ EXISTENTES

II.I - Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos já existentes que estão sendo qualificados X 365 dias X R\$200,00 X 0,85% (85% de taxa de ocupação)

Onde R\$200,00 = R\$300,00 – R\$100,00 (R\$100,00 foi o valor médio da diária de leitos clínicos de adultos no país em 2010), e considerando que a internação nestes leitos já é faturada e paga, e que o valor de R\$100,00 já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito.

ENFERMARIAS DE RETAGUARDA DE LONGA PERMANÊNCIA

I - Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador =

Número de leitos de Longa Permanência X 292 dias X R\$200,00 X 0,85% (Taxa de ocupação de 85%)

Onde 292 dias significam 80% da utilização do leito com a diária de R\$200,00.

Somado a:

Número de leitos de Longa Permanência X 73 dias X R\$100,00 X 0,85% (Taxa de ocupação de 85%)

Onde 73 dias significam 20% da utilização do leito com a diária de R\$100,00.

UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA RETAGUARDA

I – PARA LEITOS NOVOS

I.I – Valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos X 365 dias X R\$800,00 X 0,90 (90% de taxa de ocupação)

I.II – Valor do incentivo anual para o prestador = Número de leitos novos de UTI X 365 dias X (R\$800,00 - valor da diária de UTI tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 (90 % de taxa de ocupação).

Para isto, os novos leitos deverão preencher as condições previstas em portarias específicas, pleitearem o credenciamento como UTI, e faturar as diárias no SIH-SUS.

II – PARA LEITOS JÁ EXISTENTES

II.I – Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos de UTI já existentes que estão sendo qualificados X 365 dias X (R\$800,00 - valor da diária de UTI tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 (90 % de taxa de ocupação)

Considera-se aqui que as diárias destes leitos já estão sendo faturadas e pagas e que o valor da diária da Tabela SUS já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito.

ANEXO II

TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PROPOSTA DE INCENTIVO FINANCEIRO

| <u>Portas de Entrada</u> | | | |
|----------------------------------|--|---|---|
| Tipologia | Hospital Especializado Tipo II | Hospital Especializado Tipo I | Hospital Geral |
| Critérios de habilitação- | <p>Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento e deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes.</p> <p>Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumatologia-ortopedia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria</p> | <p>Hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde conforme PDR.</p> <p>Com uma cobertura populacional de 201 mil a 500 mil habitantes.</p> <p>Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumatologia-ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria.</p> | <p>Hospital de referência para, no mínimo, uma Região de Saúde conforme Plano Diretor Regional (PDR).</p> <p>Com cobertura populacional de até 200 mil habitantes.</p> <p>São estabelecimentos que possuem estrutura para realizar ações de média complexidade.</p> |

| | | | |
|------------------------------------|---|---|---|
| Recursos Humanos | <i>Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.</i> | <i>Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.</i> | <i>Deve contar com equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anesthesiologista, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos.</i> |
| Incentivo Financeiro Mensal | R\$ 300.000,00 | R\$ 200.000,00 | R\$ 100.000,00 |