

Fonte:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_red_e_atencao_urgencias.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Manual Instrutivo
da Rede de Atenção
às Urgências e Emergências
no Sistema Único de Saúde (SUS)**



Brasília – DF
2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada

Manual Instrutivo
da Rede de Atenção
às Urgências e Emergências
no Sistema Único de Saúde (SUS)



Brasília – DF

2013

© 2013 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <www.saude.gov.br/editora>.

Tiragem: 1ª edição – 2013 – 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada
Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar
SAF Sul, Quadra 2, Ed. Premium, Torre 2, 2º andar, sala 204
CEP: 70070.600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-6153
Site: www.saude.gov.br/saudetodahora
E-mail: cghosp@saude.gov.br

Supervisão geral:

Alzira de Oliveira Jorge

Coordenação geral:

Ana Paula Silva Cavalcante

Organização e elaboração técnica:

Ana Paula Silva Cavalcante
Emanuelly Paulino Soares

Colaboração:

Andersom Messias Silva Fagundes
Bruna Maria Ortiz
Diego dos Santos Araújo

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão: Paulo Henrique de Castro e Khamila Silva
Capa, projeto gráfico e diagramação: Kátia Barbosa de Oliveira

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada.

Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

84 p. : il.

ISBN 978-85-334-1997-1

1. Atendimento de urgência e emergência. 2. Atenção à saúde. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Agravos à saúde. I. Título.

CDU 614.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0136

Títulos para indexação:

Em inglês: Instructive manual of the Care Net to Urgencies and Emergencies in the Unified Health System (SUS – Brazil)

Em espanhol: Manual instrutivo de la Red de Atención a las Urgencias y Emergencias en el Sistema Único de Salud (SUS – Brasil)

Sumário

Apresentação	7
1 Introdução	9
1.1 Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)	13
2 O Plano de Ação Regional e o Grupo Condutor da RUE	17
2.1 As Fases de Operacionalização da RUE.....	18
2.2 O Grupo Condutor Estadual	19
3 Os Componentes da RUE.....	21
3.1 Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde	21
3.2 Atenção Básica.....	23
3.3 Serviço de Atendimento Móvel às Urgências.....	25
3.3.1 Samu.....	25
3.3.2 Centrais de Regulação Médica de Urgências	26
3.3.3 Incentivo Financeiro.....	27
3.3.4 Detalhamento Técnico	28

3.3.5 Habilitação.....	29
3.3.6 Qualificação.....	31
3.3.7 Incentivo Financeiro das Centrais de Regulação Médicas.....	32
3.3.8 Habilitação.....	32
3.4 Sala de Estabilização.....	33
3.4.1 Incentivo Financeiro.....	33
3.4.2 Pré-requisitos para a Adesão	34
3.4.3 Tabela de Critérios de Elegibilidade para Sala de Estabilização.....	34
3.4.4 Considerações Complementares	36
3.4.5 Passo a Passo da Habilitação da Sala de Estabilização	36
3.4.6 Outras Informações Complementares	37
3.5 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas	37
3.5.1 UPA Nova.....	38
3.5.2 UPA Ampliada.....	39
3.5.3 Incentivo Financeiro.....	41
3.5.4 Habilitação da UPA	42
3.5.5 Qualificação da UPA	42

3.6 Componente da Atenção Hospitalar	43
4 Portas Hospitalares de Urgência e Emergência	45
4.1 Incentivo Financeiro	45
4.2 Qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência.....	46
4.3 Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH).....	48
5 Leitos de Retaguarda.....	49
5.1 Incentivo Financeiro	49
5.2 Cálculo de Necessidade e Déficit de Leitos Clínicos	50
6 Estratégias e Linhas de Cuidado Prioritárias no Componente Atenção Hospitalar da RUE	51
6.1 Linha de Cuidado Cardiovascular: Foco na Atenção ao Infarto Agudo de Miocárdio	51
6.1.1 Incentivo Financeiro.....	52
6.1.2 Cálculo de necessidades e déficit de leitos de IAM	53
6.1.3 Habilitação.....	53
6.1.4 Qualificação.....	54
6.2 Linha de Cuidado Cerebrovascular: Foco na Atenção ao Acidente Vascular Cerebral	55
6.2.1 Habilitação.....	56
6.2.2 Incentivo Financeiro.....	59

6.3 Linha de Cuidado do Trauma: Foco na Atenção ao Politrauma	60
7 Unidades de Cuidados Prolongados (UCP) e Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP)	61
7.1 Cálculo de necessidade e déficit de leitos de cuidados prolongados.....	64
7.2 Incentivo Financeiro	65
7.3 Passo a passo para habilitação.....	66
8 Atenção ao Paciente Crítico	67
8.1 Incentivo Financeiro	69
8.2 Cálculo de Necessidade e Déficit de Leitos de Terapia Intensiva	69
9 SOS Emergências	71
10 Atenção Domiciliar	73
10.1 Incentivo Financeiro.....	75
11 Força Nacional do SUS (FN-SUS).....	77
Referências.....	79
Anexo A – Principais Portarias Ministeriais da RUE para Consulta.....	81

Apresentação

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) destaca como objetivos fundamentais da atual gestão a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a implantação das Redes Temáticas prioritárias como estratégia nuclear para o alcance desses objetivos. Dentre as Redes Temáticas prioritárias, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) se sobressai, tendo em vista a relevância e premência das situações clínicas envolvidas, além do atual contexto de superlotação dos prontos-socorros.

Em julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS. Este manual instrutivo trata-se de um consolidado de todas as estratégias para a implementação da RUE no Brasil com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços em situações de urgência e emergência com resolutividade e em tempo oportuno.

Desde dezembro de 2010, por meio da Portaria nº 4.279, o MS já acenava para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia fundamental para a consolidação do SUS de modo a promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do acesso, além da transparência na alocação de recursos. Esta portaria já destacava os fundamentos conceituais essenciais para a organização das RAS nos territórios como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS.

A implementação da RUE deverá se dar de forma pactuada entre as três esferas de gestão, permitindo uma melhor organização da assistência, articulando os diversos *pontos de atenção* e definindo os fluxos e as referências adequados, buscando transformar o atual modelo de atenção hegemônico, fragmentado e desarticulado, além do dimensionado pautado na oferta de serviços.

Este modelo tem se mostrado insuficiente e pouco efetivo para dar conta dos desafios sanitários atuais e é insustentável para o que se desenha para o futuro. Dados epidemiológicos em nosso País indicam uma acelerada progressão de mortes por causas externas, com ênfase nas violências e nos traumas, tornando-se a segunda causa de óbitos no gênero masculino e a terceira no total. Além disso, as doenças crônicas não transmissíveis, com relevância no número de óbitos por infarto agudo de miocárdio e por acidente vascular cerebral, se destacam como relevantes problemas de saúde, demandando uma nova conformação do sistema,

com ações que garantam um acompanhamento longitudinal dos usuários e de suas respectivas necessidades de saúde. O enfrentamento das situações de urgência e emergência e de suas causas requer não apenas a assistência imediata, mas inclui ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, o tratamento contínuo das doenças crônicas, a reabilitação e os cuidados paliativos.

Portanto, este **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS** tem como objetivo central apresentar, esclarecer e orientar os gestores, trabalhadores e usuários sobre os principais normativos e diretrizes norteadores para a implantação da RUE nos territórios.

**Departamento de Atenção Especializada
(DAE/SAS/MS)**

1 Introdução

Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o *infarto agudo do miocárdio* (IAM) e o *acidente vascular cerebral* (AVC). Soma-se a isso o acentuado e rápido envelhecimento da população, com aumento significativo da expectativa de vida nas últimas décadas. De acordo com o Censo de 2010, 10% da população brasileira contava com mais de 60 anos, o que significa mais de 20 milhões de pessoas (IBGE, 2010).

Além do fator longevidade no País, deve ser considerada a acentuada queda da natalidade, para que novas estratégias em saúde sejam pensadas. O último Censo, realizado em 2010, apresentou, em relação ao censo anterior, um aumento de 12,3% da população brasileira, o que revela uma objetiva diminuição do ritmo do crescimento populacional, se assemelhando a padrões europeus.

Além da mortalidade precoce e das sequelas decorrentes dos acidentes de trânsito, de outras violências e das *doenças cardiovasculares* (DCV), deve-se considerar os sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por essas condições clínicas e suas famílias. Soma-se a isso o alto custo socioeconômico. Desse modo, a organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), mais do que uma prioridade, é uma necessidade premente, de modo a intervir de forma organizada e efetiva sobre tais doenças e agravos.

Na tabela a seguir, são apresentadas as principais cargas de morbimortalidade no País por faixa etária:

Tabela 1 – Principais cargas de morbimortalidade no País (por faixa etária)

	Faixa etária (anos)										Total
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60+	
1ª	Afecções Perinatais 25.637	Causas Externas 1.578	Causas Externas 1.528	Causas Externas 2.431	Causas Externas 13.595	Causas Externas 37.306	Causas Externas 24.057	DAC 20.641	DAC 40.436	DAC 241.607	DAC 314.506
2ª	Anomalia Congênita 7.973	DAR 1.162	Neoplasia 669	Neoplasia 681	Neoplasia 899	DIP 2.822	DAC 7.016	Causas Externas 17.816	Neoplasia 30.047	Neoplasia 108.857	Neoplasia 166.317
3ª	DAR 2.363	DIP 1.003	Sistema Nervoso 436	Sistema Nervoso 483	DAC 659	Neoplasia 2.665	DIP 5.832	Neoplasia 15.924	Causas Externas 11.865	DAR 81.926	Causas Externas 133.644

Fonte: SIM/SVS/MS, 2010.

Tabela: doenças do aparelho circulatório (DAC); doenças do aparelho respiratório (DAR); doenças infecciosas e parasitárias (DIP).

Como mencionado, entre as principais causas de óbito e internações em nossa população estão as *doenças do aparelho circulatório* (DAC), os acidentes e as diversas formas de violência, além das neoplasias (SVS, 2010). Entretanto, já se observam tendências recentes de redução da mortalidade por algumas causas específicas de doenças cardiovasculares, o que é suficiente para a redução das taxas nesse grupo. Ademais, no grupo das doenças infecciosas, além da redução na mortalidade, observa-se também diminuição significativa na morbidade por um conjunto importante de doenças (CARMO; BARRETO; SILVA JÚNIOR, 2002).

Entre as causas de morte e hospitalização por *doenças cardiovasculares* (DCV) destacam-se as *síndromes coronarianas agudas* (SCA), incluindo o *infarto agudo do miocárdio* (IAM) e a *angina instável* (AI). Com os avanços no tratamento das SCA, a mortalidade por IAM nos estudos observacionais caiu de 30% na década de 1950 para menos de 5% nos registros mais recentes em países desenvolvidos e até mesmo na rede privada em nosso País. O tratamento moderno do IAM depende do uso de terapias de reperfusão, do rápido acesso aos serviços de saúde e do uso de medicações específicas com benefício comprovado.

Embora a maioria das abordagens indicadas no tratamento do IAM esteja disponível no SUS, a mortalidade hospitalar pelo IAM continua elevada, cerca de 15% (DATASUS, 2009), o que exige uma ação integrada do Ministério da Saúde, das sociedades científicas, dos gestores estaduais e municipais, dos profissionais de saúde e prestadores de serviços hospitalares (BRASIL, 2011).

Na tabela a seguir, são apresentadas as principais causas de morte por número de óbitos e seu percentual no ano de 2007 no País, com destaque para as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as causas externas.

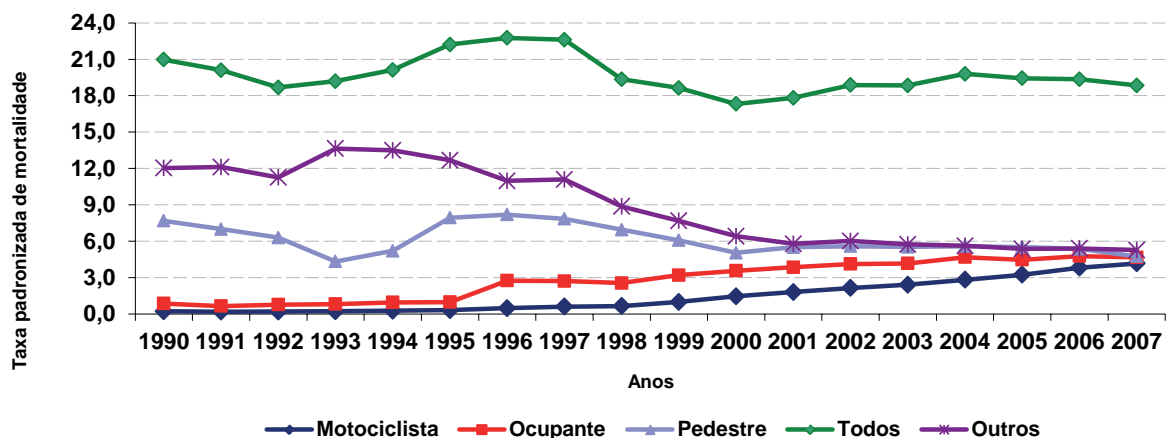
Tabela 2 – Principais causas de morte no País por número de óbitos

Causa	Óbitos (N)	Óbitos (%)
1 – DCNT	705.597	67,3
Cardiovasculares	308.466	29,4
Neoplasias	158.600	15,1
Doenças respiratórias	59.154	5,6
Diabetes <i>mellitus</i>	47.718	4,6
Outras doenças crônicas	131.659	12,6
2 – Maternas, Infantis e Transmissíveis	130.951	12,5
3 – Causas Externas	131.032	12,5
4 – Maldefinidas	80.244	7,7
TOTAL	1.047.824	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), SVS/MS, 2007.

De acordo com o gráfico a seguir, o número de acidentes terrestres provocados por motocicletas tem aumentado consideravelmente de 2000 a 2007, bem como de ocupantes de automóveis, tornando-se um problema de saúde pública que extrapola os limites de atuação do próprio setor Saúde, pela necessidade de articulação e desenvolvimento de políticas intersetoriais de promoção e prevenção da saúde, especialmente neste contexto de doenças e agravos por causas externas.

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre segundo a condição da vítima – Brasil, de 1990 a 2007



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), SVS/MS, 2007.

Tendo-se em vista esta tripla carga de doenças (causas externas, doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para as doenças cardiovasculares e, ainda, uma carga de doenças infecciosas), é importante a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), de forma a *articular e integrar todos os equipamentos de saúde*, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de *forma ágil e oportuna*, em todo o território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

1.1 Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

As principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE são:

• Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
• Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
• Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
• Classificação de risco;
• Regionalização da saúde e atuação territorial;
• Regulação do acesso aos serviços de saúde;
• Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
• Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
• Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;
• Centralidade nas necessidades de saúde da população;
• Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
• Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;
• Articulação interfederativa;
• Participação e controle social;
• Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas; e
• Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes *pontos de atenção*, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso.

Assim, com o objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço: é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Figura 1 – Componentes da RUE e suas interfaces



Fonte: SAS/MS, 2011.

As seguintes estratégias são destacadas como prioritárias na RUE:

- Qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência e da emergência, estratégias para a RUE;
- Qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva;
- Organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos;
- Criação das *unidades de internação em cuidados prolongados* (UCP) e de *hospitais especializados em cuidados prolongados* (HCP);

- Qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica;
- Definição da atenção domiciliar organizada por intermédio das *equipes multidisciplinares de atenção domiciliar* (Emad) e das *equipes multidisciplinares de apoio* (Emap); e
- Articulação entre os seus componentes.

É fundamental a participação de atores de outros segmentos sociais para a proposição de políticas públicas intersetoriais efetivas e eficientes, envolvendo conselhos de saúde, gestores, trabalhadores, prestadores, usuários, conselhos de classe, instituições de ensino, setores da Educação, Segurança Social, Transportes e outros.

A seguir, serão apresentadas algumas informações valiosas para a organização da RUE, além de seus componentes e dos aspectos principais dos seus normativos, de forma a orientar os gestores de saúde que desejem implantar/implementar esta rede, bem como trabalhadores, prestadores de serviço e usuários.

2 O Plano de Ação Regional e o Grupo Condutor da RUE

O *Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências* (PAR) da RUE é o documento formal representativo dos pactos assistenciais e dos gestores elaborado pelo *Grupo Condutor Estadual da RUE*, que aborda as definições físico-financeiras, logísticas e operacionais necessárias à implementação desta rede temática. O PAR deve apresentar um diagnóstico do conjunto de serviços de saúde que atuam na atenção às urgências e emergências em uma determinada região de saúde, bem como as lacunas e necessidades, além das estratégias necessárias para superar os problemas detectados.

As ações e os serviços de saúde devem ser organizados para que funcionem de forma harmônica e integrada, superando a lógica hegemônica de fragmentação da organização de serviços de saúde dentro de programas isolados, avulsos e sem conexão com as necessidades epidemiológicas da população e as condições sociodemográficas da região.

A elaboração do PAR pelo Grupo Condutor da RUE deverá estar pautada na análise da capacidade instalada e na situação dos serviços de atendimento às urgências e emergências, no diagnóstico demográfico e epidemiológico da região de saúde por meio da análise de dados primários, além do dimensionamento da demanda e da oferta dos serviços de urgência e emergência existentes. A análise da situação da vigilância epidemiológica, da regulação, da avaliação, do controle, do apoio diagnóstico e do transporte para as urgências também deve subsidiar o PAR.

O Plano de Ação Regional deverá conter o desenho da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, contemplando o detalhamento técnico de cada componente, as metas a serem cumpridas, o cronograma de implantação (além dos mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação), o estabelecimento de responsabilidades e o aporte de recursos pela União, pelo estado, pelo Distrito Federal e pelos municípios envolvidos, bem como a previsão de auditoria da execução das ações e dos recursos, quando necessário.

O PAR da RUE deverá ser pactuado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) e pela Comissão Intergestores Regional (CIR), quando houver, com o apoio e a coordenação da Secretaria de Saúde Estadual ou do Distrito Federal.

2.1 As Fases de Operacionalização da RUE

A operacionalização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, de acordo com a Portaria MS/GM nº 1.600/2012, dar-se-á pela execução de cinco fases. O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da RUE, assim como para o monitoramento e a avaliação, que deverão ser realizados pelo Grupo Condutor Estadual ou do DF e pelo Ministério da Saúde.

I – Fase de Adesão e Diagnóstico:

- Apresentação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências nos estados e no Distrito Federal;
- Realização de diagnóstico e aprovação da região inicial de implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nos estados e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF); e
- Instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e com apoio institucional do Ministério da Saúde. O Grupo Condutor da RUE no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e pela CGSES/DF, com apoio institucional do Ministério da Saúde, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual.

II – Fase do Desenho Regional da Rede:

- Realização de análise da situação dos serviços de atendimento às urgências, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda e oferta dos serviços existentes pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e pelo CGSES/DF, com o apoio da Secretaria de Saúde Estadual ou do Distrito Federal;
- Elaboração do Plano de Ação Regional, com detalhamento técnico de cada componente da Rede;
- Aprovação do Plano de Ação Regional na CIR, no CGSES/DF ou na CIB;
- Elaboração dos Planos de Ação Municipais integrantes da CIR, em consonância com o Plano de Ação Regional, por meio do Grupo Condutor Municipal, que deverá ser instituído em cada município da região de saúde, com apoio institucional da SES.

III – Fase da Contratualização dos Pontos de Atenção:

A contratualização dos pontos de atenção é o estabelecimento de instrumento legal formalizado entre o gestor local do SUS, seja ele o município, o estado ou o Distrito Federal, estabelecendo o repasse de recursos financeiros mediante a pactuação de metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com os pontos de atenção à saúde da Rede de Atenção sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.

IV – Fase da Qualificação dos Componentes:

A qualificação dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências se dá por meio do cumprimento de critérios técnicos, que, salvo algumas exceções, decorrerá em acréscimo de recursos. Cada componente da RUE traz detalhados em seus normativos os critérios técnicos para qualificação dos diversos componentes.

V – Fase da Certificação:

A certificação será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, após a etapa de qualificação dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com avaliação periódica. Para a certificação, os gestores deverão qualificar *todos* os componentes da RUE.

2.2 O Grupo Condutor Estadual

O *Grupo Condutor Estadual* deve ser permanente e é responsável pela negociação do PAR desde a sua elaboração até o encaminhamento da pactuação final ao Ministério da Saúde. Ele é constituído por representantes nominais de vários setores, instituições e órgãos representativos dos três entes federativos e homologado em CIB ou CGSES/DF, sendo o responsável pela tomada de decisão e com implicações diretas no monitoramento e com avaliação frequente, tendo como atribuições:

1. Mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
2. Apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da rede;
3. Identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e
4. Monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.

Um dos grandes desafios dos Grupos Condutores da RUE é exercer seu protagonismo no planejamento, no monitoramento, na avaliação e na tomada de decisão para a elaboração de Planos de Ação Regio-

nais menos burocráticos e mais “vivos”, que impactem efetivamente na melhoria da atenção à saúde e que não visem apenas ao aumento do financiamento. Para isso, o GC deve ter legitimidade perante os gestores e prestadores responsáveis pela execução e operacionalização da rede.

No âmbito do Ministério da Saúde, a instância colegiada que tem a atribuição de planejar, apoiar, elaborar propostas e acompanhar o processo de implementação da RUE nos territórios é o Grupo Executivo/RUE. Este fórum possui representação do Departamento de Atenção Especializada/SAS, do Departamento de Atenção Básica/SAS, do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/SAS, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/SAS, do Departamento de Articulação das Redes de Atenção à Saúde/SAS e da Secretaria de Vigilância em Saúde. Suas atividades são realizadas semanalmente e coordenadas pela Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar/DAE/SAS/MS.

3 Os Componentes da RUE

3.1 Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde

O componente *Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde* tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e a prevenção das violências e dos acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade para a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção do cuidado, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006).

As ações de promoção da saúde são consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde tanto para a prevenção de doenças e a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros quanto para a gestão integrada e intersetorial de políticas públicas. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída por meio da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, prioriza, entre suas ações estratégicas, a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, por acidentes de trânsito e a prevenção da violência, além do estímulo à cultura de paz.

As causas externas têm sido um crescente e importante problema na saúde pública e implicam diretamente a assistência prestada pelos pontos de atenção da *Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) – Saúde Toda Hora*, sendo um desafio incorporar as ações de vigilância, prevenção e promoção nesta rede. As violências interpessoais e as lesões decorrentes de acidentes, particularmente aquelas causadas no trânsito, se colocam como prioridade na RUE para além da atenção à vítima, mas também na incorporação de práticas cuidadoras que tenham como eixos a integralidade do cuidado e a humanização da atenção. As causas externas – acidentes e violências – correspondem à terceira causa de óbito na população geral brasileira, após as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias. Constituem-se na primeira causa de óbito em homens de 1 a 39 anos. Em 2010, houve 143.256 (DATASUS/SIM) mortes por causas externas, sendo preponderantes os homicídios (36,5%) e os acidentes de trânsito (30%).

No ano de 2010, foram realizadas 11.329.203 internações nos hospitais do SUS, sendo 927.201 (8,2%) por causas externas (violências e acidentes). Destas, 145.920 internações (15,7%) foram devido a acidentes de

trânsito terrestres. A faixa etária de 15 a 59 anos concentrou 84,9% das internações em homens e 70,8% das internações em mulheres. Entre os idosos (acima de 60 anos), 6,2% eram homens e 14,5% eram mulheres. A Região Sudeste foi responsável por (44,9%) do total das internações. As maiores taxas de internação foram devido a acidentes envolvendo motociclistas no Centro-Oeste (67,2%), Nordeste (37,2%), Norte (35,6%), Sudeste (35,1%) e Sul (23,3%) (DATASUS/SIH).

Neste sentido, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo políticas públicas promotoras da saúde e da cultura de paz, estabelecendo prioridades de ação em consonância com a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria MS/GM nº 687, de 30 de abril de 2006).

Dentre essas prioridades destaca-se a implantação do Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito (Portaria MS/GM nº 344, de 19 de fevereiro de 2002), da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (Portaria MS/GM nº 936, de 18 de maio de 2004), da Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) em 2006 e do Projeto Vida no Trânsito em 2010.

Objetivando implementar e consolidar as ações de vigilância e prevenção de violências e de promoção da saúde e da cultura da paz no SUS, que agora também se inserem como uma prioridade na RUE, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, por intermédio de incentivo financeiro aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a vigilância em saúde, vem financiando esta política junto aos estados e municípios, incentivando por consequência a implantação, a implementação e o fortalecimento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e a PNPS no fomento às ações de vigilância, prevenção e redução das violências e dos acidentes.

Neste sentido, o Ministério da Saúde vem estimulando tais ações mediante incentivos financeiros específicos que sinalizam estas prioridades, cujos critérios de elegibilidade são:

- Entes federados que realizam notificação de violências doméstica e sexual, entre outras, por meio do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Viva Sinan) e os entes que realizam a vigilância de violências e acidentes por meio do Inquérito de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva Inquérito);
- Entes federados que desenvolvem ou pretendem desenvolver ações de vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito e promoção da paz no trânsito, em conformidade com o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito e o Projeto Vida no Trânsito.

A partir destes critérios, as secretarias estaduais, as do Distrito Federal e dos municípios podem apresentar projetos para o financiamento federal de ações de vigilância, promoção e prevenção às violências e aos acidentes seguindo as diretrizes:

- Produção e divulgação regular de análises de situação e de tendências de violências e acidentes;
- Implantação/implementação, ampliação e qualificação da notificação de violências doméstica e sexual, entre outras;
- Articulação de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) possui dois componentes:

- **Componente I – Viva Contínuo/Sinan – NET:** notificação compulsória de violência doméstica, sexual e/ou outras violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos desde 2006. A partir de 2009, o Viva Contínuo passou a integrar o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan).
- **Componente II – Viva Inquérito:** busca estimar prevalências de acidentes de trânsito, agressões, suicídios e outras causas externas e estudar associações com possíveis fatores de risco. Neste sentido, uma pesquisa foi realizada nas unidades de urgência e emergência nos anos de 2006, 2007 e 2009. A próxima pesquisa será em setembro de 2011.

Os planos de ações apresentados pelas secretarias de saúde deverão estar em conformidade com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, a Rede Nacional de Promoção da Saúde, a PNPS e a Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que determina a notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências.

3.2 Atenção Básica

A *Atenção Básica em Saúde* tem como objetivos a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Portaria MS/GM nº 2.488/2011).

Neste sentido, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde. São elas:

- **Ser base:** ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
- **Ser resolutiva:** identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- **Coordenar o cuidado:** elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Deve atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos por intermédio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Deve articular também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais; e
- **Ordenar as redes:** reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Destaca-se o caráter estruturante e estratégico que a Atenção Básica pode e deve ter na constituição da RAS, na medida em que se caracteriza pela grande proximidade com o cotidiano da vida das pessoas e dos coletivos em seus territórios.

As equipes da Atenção Básica têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, assim como na cogestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias e linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atender as necessidades de saúde de modo integral.

No que se refere ao processo de trabalho das equipes com foco na urgência/emergência, os profissionais devem realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidades, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e ao primeiro atendimento às urgências e emergências.

Em 2012, foi publicado na série de Cadernos de Atenção Básica (nº 28, vol. II) o *Caderno de Acolhimento à Demanda Espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica*, que tem como objetivo ampliar a resolutividade das equipes de atenção básica frente à demanda espontânea. Discute temas como a classificação de risco, a identificação de vulnerabilidades e o trabalho em equipe, a fim de ajudar a organizar e a priorizar o atendimento desses casos.

Uma alternativa de cuidados nas *unidades básicas de saúde* (UBS) para o atendimento qualificado da demanda espontânea e das situações de urgência e emergência é a *sala de observação*, enquanto ambiente da UBS destinado ao atendimento de pacientes em regime ambulatorial, com necessidade de observação em casos de urgência/emergência, no período de funcionamento da unidade.

3.3 Serviço de Atendimento Móvel às Urgências

3.3.1 Samu

É o componente da rede de atenção às urgências e emergências que objetiva ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências, reduzindo a morbimortalidade. O Samu é normatizado pela Portaria MS/GM nº 1.010, de 21 de maio de 2012.

O Samu mostra-se fundamental no atendimento rápido e no transporte de vítimas de intoxicação exógena, de queimaduras graves, de maus-tratos, tentativas de suicídio, acidentes/traumas, casos de afogamento, de choque elétrico, acidentes com produtos perigosos e em casos de crises hipertensivas, problemas cardiorrespiratórios, trabalhos de parto no qual haja risco de morte para a mãe e/ou o feto, bem como na transferência inter-hospitalar de doentes com risco de morte.

As unidades móveis para o atendimento de urgência podem ser:

I – *Unidade de suporte básico de vida terrestre* (USB) – viatura tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

II – *Unidade de suporte avançado de vida terrestre* (USA) – viatura tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;

III – *Equipe de aeromédico* – aeronave com equipe composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;

IV – *Equipe de embarcação* – equipe composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;

V – *Motolância* – motocicleta conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e

VI – *Veículo de intervenção rápida (VIR)* – veículo tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

3.3.2 Centrais de Regulação Médica de Urgências

A *central de regulação médica das urgências* é parte integrante do Samu 192, definida como uma estrutura física com a atuação de profissionais médicos, *telefonistas auxiliares de regulação médica* (Tarm) e *rádio-operadores* (RO) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandem orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro da Rede de Atenção à Saúde.

As centrais de regulação do Samu 192 deverão ser regionalizadas, a fim de ampliar o acesso às populações dos municípios em todo o território nacional. Os municípios com população igual ou superior a 500.000 (quinhentos mil habitantes que já possuem Samu 192 poderão constituir, por si só, uma região, para fins de implantação de central de regulação das urgências, desde que todos os municípios do seu entorno já estejam cobertos por outra central de regulação das urgências.

Projetos regionais com população inferior a 350.000 (trezentos e cinquenta mil habitantes serão analisados pela área técnica da Coordenação-Geral de Urgências e Emergências (CGUE/DAE/SAS/MS), no sentido de se buscar a adequação da cobertura do componente Samu 192 às peculiaridades regionais, que estarão detalhadas no respectivo projeto.

A *base descentralizada* deve contar com uma infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente Samu 192 regional ou sediado em município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento das ambulâncias.

3.3.3 Incentivo Financeiro

Fica instituído incentivo financeiro de custeio para a manutenção das unidades móveis efetivamente implantadas, na seguinte proporção:

I – Unidade de suporte básico de vida terrestre (USB):

- a. Unidade habilitada – R\$ 12.500,00 (doze mil e quinhentos reais) por mês;
- b. Unidade habilitada e qualificada – R\$ 20.875,00 (vinte mil, oitocentos e setenta e cinco reais) por mês;

II – Unidade de suporte avançado de vida terrestre (USA):

- a. Unidade habilitada – R\$ 27.500,00 (vinte e sete mil e quinhentos reais) por mês;
- b. Unidade habilitada e qualificada – R\$ 45.925,00 (quarenta e cinco mil, novecentos e vinte e cinco reais) por mês;

III – Equipe de aeromédico:

- a. aeronave habilitada – R\$ 27.500,00 (vinte e sete mil e quinhentos reais) por mês; e
- b. aeronave habilitada e qualificada – R\$ 45.925,00 (quarenta e cinco mil, novecentos e vinte e cinco reais) por mês;

IV – Equipe de embarcação:

- a. Embarcação habilitada – R\$ 45.000,00 (quarenta e cinco mil reais) por mês;
- b. Embarcação habilitada e qualificada – R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) por mês;

V – Motolância:

- a. Motolância habilitada – R\$ 7.000,00 (sete mil reais) por mês;
- b. Motolância habilitada e qualificada – R\$ 7.000,00 (sete mil reais) por mês;

VI – VIR:

- a. Veículo de intervenção rápida (VIR) habilitado – R\$ 27.500,00 (vinte e sete mil e quinhentos reais) por mês;

- b. Veículo de intervenção rápida (VIR) habilitado e qualificado – R\$ 45.925,00 (quarenta e cinco mil, novecentos e vinte e cinco reais) por mês.

O incentivo financeiro instituído no *caput* será acrescido de 30% (trinta por cento) para custeio das unidades móveis localizadas em municípios situados na Região da Amazônia Legal.

3.3.4 Detalhamento Técnico

O detalhamento técnico do componente Samu 192 deve conter:

I – informações dos municípios abrangidos pelo componente Samu 192 e do município da central de regulação das urgências, com as seguintes exigências mínimas:

- a. CEP e o complemento do endereço da central de regulação das urgências;
- b. informação dos municípios que terão bases descentralizadas e as ambulâncias a serem distribuídas;

II – Resolução da CIB que aprova o detalhamento técnico do componente Samu 192;

III – documento da grade de referência, com discriminação de todos os pontos de atenção da rede que deverão se articular com o componente Samu 192, incluindo unidades de saúde de referência por especialidades, de maneira regionalizada;

IV – documento contendo georreferenciamento das principais unidades de saúde fixa e unidades móveis do Samu 192 da região, com a disposição das principais unidades de saúde, central de regulação das urgências e ambulâncias do Samu 192 dentro de um mapa da malha viária da região, contendo a indicação das distâncias intermunicipais;

V – Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências ou, na sua ausência, compromisso formal do gestor de que o componente Samu 192 estará inserido dentro do plano;

VI – Ata de aprovação do Samu 192 pelo Comitê Gestor de Atenção às Urgências;

VII – Documento de adesão ao Samu 192 dos municípios integrantes;

VIII – Termo de compromisso de aplicação de recursos financeiros e descrição da localidade de repasse de recursos financeiros;

IX – Projeto arquitetônico;

X – Cronograma físico e financeiro da obra;

XI – Memorial descritivo da obra;

XII – Documento de registro de imóvel ou termo de cessão de uso para imóveis próprios ou contrato de locação para imóveis locados; e

XIII – Documento solicitando o recurso para construção, ampliação ou reforma.

Após a conclusão da obra da central de regulação das urgências, será encaminhada à CGUE/DAE/SAS/MS a documentação descrita a seguir:

I – documento de finalização da obra;

II – portaria de nomeação do coordenador-geral, médico e de equipe de enfermagem do Samu;

III – documento comprovando funcionalidade do dígito 192 para recebimento de chamados (tronco 192) em toda a área de cobertura e de que forma será o sistema de comunicação entre as unidades móveis e a central de regulação das urgências;

IV – documento solicitando curso de regulação médica; e

V – documento solicitando a liberação das unidades móveis.

A documentação descrita deverá ser encaminhada por meio do Sistema de Proposta de Projetos Fundo a Fundo, disponível no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br).

Caberá à equipe técnica da CGUE/DAE/SAS/MS avaliar a documentação encaminhada e emitir parecer técnico de aprovação da obra concluída e das demais condições de funcionamento do componente Samu 192.

3.3.5 Habilitação

A demonstração do efetivo funcionamento se dará pelo encaminhamento de documentação para a CGUE/DAE/SAS/MS, da seguinte forma:

I – para as centrais de regulação das urgências e bases descentralizadas, o gestor de saúde interessado deverá demonstrar o funcionamento efetivo da unidade mediante a apresentação da seguinte documentação:

- a. documento do gestor solicitando o incentivo financeiro de custeio, devendo-se pormenorizar todas as unidades móveis que compõem a central de regulação das urgências e/ou a base descentralizada;

- b. escala dos profissionais em exercício na central de regulação das urgências, com caracterização de vínculo empregatício;
- c. parecer do coordenador-geral do Samu 192 Regional informando a data de início de funcionamento/operacionalização do serviço;
- d. termo de compromisso do gestor acerca da manutenção da padronização visual da central de regulação das urgências;
- e. declaração do coordenador do Samu 192 acerca da existência e do funcionamento de sistema de comunicação entre a central de regulação e as equipes das unidades móveis;
- f. declaração da empresa de telefonia de que o dígito 192 está em funcionamento em toda a área de abrangência da central de regulação das urgências, conforme o estabelecido no art. 2º do Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004;
- g. declaração de capacitação dos profissionais da central de regulação das urgências, obedecidos os conteúdos e as cargas horárias mínimas contidas no regulamento técnico da Portaria MS/GM nº 2.048, de 5 de novembro de 2002;

II – para as unidades móveis, o gestor de saúde deverá demonstrar o funcionamento efetivo da unidade mediante a apresentação da seguinte documentação:

- a. cópia do seguro contra sinistro das *unidades de suporte básico (USB)* e/ou *unidades de suporte avançado (USA)*, das ambulâncias, das motolâncias, das aeronaves e dos veículos de intervenção rápida ou documento do gestor contendo termo de compromisso de existência do seguro contra sinistro;
- b. escala dos profissionais em exercício nas unidades móveis do Samu 192, com caracterização de vínculo empregatício;
- c. cópia do licenciamento automotivo e do pagamento do DPVAT referente às unidades móveis do Samu 192;
- d. termo de compromisso do gestor acerca da garantia de manutenção das unidades móveis Samu 192;
- e. declaração de capacitação dos profissionais das unidades móveis, obedecidos os conteúdos e as cargas horárias mínimas contidas no regulamento técnico da Portaria MS/GM nº 2.048, de 5 de novembro de 2002;

- f. termo de compromisso do gestor informando que a(s) aeronave(s) atende(m) a todas as regulamentações aeronáuticas vigentes;
- g. comprovação do curso de capacitação de motociclista socorrista, emitido pela instituição prestadora com lista nominal dos participantes, e do curso obrigatório para capacitação de condutores de veículos de emergência, para as motolâncias;
- h. termo de compromisso do gestor acerca da compra dos uniformes das equipes assistenciais, obedecendo ao padrão visual estabelecido pelo Ministério da Saúde, e da aquisição de *equipamentos de proteção individual* (EPI) e equipamentos obrigatórios de segurança (capacete, colete, entre outros) de acordo com o programa mínimo para implantação das motolâncias;
- i. termo de compromisso do gestor acerca da manutenção da padronização visual das bases descentralizadas, das unidades móveis do Samu 192 e dos uniformes para as equipes, conforme normatização específica constante do manual de identidade visual, que pode ser acessado no sítio eletrônico: <www.saude.gov.br/samu>;
- j. parecer do coordenador-geral do Samu 192 Regional informando a data de início de funcionamento/operacionalização das unidades móveis do Samu 192.

3.3.6 Qualificação

A unidade do Componente Samu 192 já habilitada terá direito à qualificação, com a alteração de valores de custeio prevista na Portaria MS/GM nº 1.010/2012, mediante a apresentação dos seguintes documentos à CGUE/DAE/SAS/MS:

I – documento do gestor de saúde solicitando custeio diferenciado para a central de regulação das urgências, para as bases descentralizadas e/ou para a unidade móvel;

II – Plano de Ação Regional do componente Samu 192 da Rede de Atenção às Urgências e Emergências contemplando a organização de toda a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cada um de seus componentes ou termo de compromisso do gestor de saúde de que em até 1 (um) ano apresentará o seu Plano de Ação Regional;

III – declaração do gestor de saúde acerca da existência e do funcionamento de algum *software* de regulação de urgências e emergências que garanta confiabilidade e integridade da informação, possibilitando a transparência do processo e o acesso direto às informações por parte dos gestores;

IV – grade de referência atualizada da Rede de Atenção às Urgências e Emergências; e

V – relatório de capacitação permanente dos servidores vinculados ao componente Samu 192, com carga horária e conteúdo programático, como forma de garantia de qualificação do serviço, observadas as peculiaridades da assistência em cada região.

3.3.7 Incentivo Financeiro das Centrais de Regulação Médicas

De acordo com a Portaria MS/GM nº 1.010/2012, fica instituído incentivo financeiro de custeio para reforma das centrais de regulação das urgências já existentes e que pretendam se regionalizar, na seguinte proporção:

I – Municípios com até 350.000 (trezentos e cinquenta mil) habitantes – R\$ 100.000,00 (cem mil reais);

II – Municípios com 350.001 (trezentos e cinquenta mil e um) a 1.500.000 (um milhão e quinhentos mil) habitantes – R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais);

III – Municípios com 1.500.001 (um milhão, quinhentos mil e um) a 4.000.000 (quatro milhões) habitantes – R\$ 175.000,00 (cento e setenta e cinco mil reais); e

IV – Municípios com população a partir de 4.000.001 (quatro milhões e um) habitantes – R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais).

O incentivo financeiro descrito será acrescido de 30% (trinta por cento) para custeio das unidades móveis localizadas em municípios situados na Região da Amazônia Legal.

O detalhamento técnico do componente Samu 192 e de sua central de regulação das urgências deve ser aprovado pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo como base as diretrizes estabelecidas no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e na supracitada portaria.

A qualificação caberá à CGUE/DAE/SAS/MS, mediante avaliação técnica do funcionamento da central de regulação médica das urgências e das unidades móveis, e será válida por 2 (dois) anos, devendo ser renovada em novo processo de avaliação.

3.3.8 Habilitação

A habilitação das novas equipes ficará sujeita ao encaminhamento à CGUE/DAE/SAS/MS da seguinte documentação:

I – Resolução da CIB que aprova a alteração do detalhamento técnico do componente Samu 192 inicialmente aprovado;

II – documento do gestor informando e justificando a mudança do porte populacional; e

III – planta de área física de adequação da central de regulação das urgências para os novos postos de trabalho.

3.4 Sala de Estabilização

Define-se por *Sala de Estabilização (SE)* o equipamento de saúde que deverá atender às necessidades assistenciais de estabilização do paciente grave/crítico em municípios de grandes distâncias e/ou isolamento geográfico, bem como lugares de difícil acesso considerados como vazios assistenciais para a urgência e emergência. Deverá se organizar de forma articulada, regionalizada e em rede.

A SE poderá estar alocada em serviços de saúde, públicos ou filantrópicos, em *hospitais de pequeno porte* (HPP) com no máximo 30 (trinta) leitos e fora da área de abrangência de UPA 24 horas, podendo também ser instalada em outras unidades, tipo *unidade básica de saúde (UBS)* e *unidade mista*, além de HPP, desde que garantidas as condições para o seu funcionamento integral por 24 horas em todos os dias da semana.

Deverão ser observadas as seguintes diretrizes:

- Funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;
- Equipe interdisciplinar compatível com suas atividades;
- Funcionamento conforme protocolos clínicos, acolhimento, classificação de risco e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável.

3.4.1 Incentivo Financeiro

Incentivo financeiro de investimento para implantação de SE: R\$ 100.000,00 (cem mil reais), exceto quando estiver vinculada a hospital filantrópico.

Custeio mensal da SE: R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais). Será de R\$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais) para custeio das SE localizadas em municípios situados na Região da Amazônia Legal, Região Nordeste e regiões de extrema pobreza do Brasil, excetuando-se as regiões metropolitanas destas áreas.

A SE deve ser implantada com a observância dos parâmetros constantes no Anexo II da Portaria MS/GM nº 2.338, de 3 de outubro de 2011.

3.4.2 Pré-requisitos para a Adesão

- Municípios com porte populacional menor do que 50.000 habitantes;
- Cobertura de Samu ou equipamento que garanta o transporte do paciente em tempo oportuno. O gestor deverá informar em termo de compromisso a garantia de transporte móvel adequado às necessidades do paciente e em tempo oportuno. Estas informações serão analisadas pela área técnica do Ministério da Saúde. O proponente deverá se comprometer que em até dois (2) anos fará a adesão ao Samu 192, mediante habilitação;
- Hospital de referência (para retaguarda e/ou continuidade do cuidado) maior do que um de 50 leitos.

3.4.3 Tabela de Critérios de Elegibilidade para Sala de Estabilização

O equipamento de saúde chamado *Sala de Estabilização* caberá também nos municípios que conseguirem pontuação adequada, a partir dos critérios a seguir:

Tabela 3 – Critérios de Elegibilidade para Sala de Estabilização

Critério	Pontuação 1	Pontuação 2	Pontuação 3	Pontuação 4	Pontuação 5	Fonte
Populacional	Até 10.000	10.001 a 19.999	20.000 a 29.999	30.000 a 39.999	39.999 a 49.999	IBGE, 2010
Distância entre SE e hospital de referência ou porta de entrada pactuada no PAR/RUE (quando esta porta for hospital de referência na região de saúde)	Até 30 km	30,1 a 60 km	60,1 a 100 km	100,1 a 140 km	Acima de 140,1 km	GOOGLE MAPS (considerar a menor distância das que forem visualizadas)

Continua

Critério	Pontuação 1	Pontuação 2	Pontuação 3	Pontuação 4	Pontuação 5	Fonte
Estabelecimento de saúde ao qual estará alocada a SE	Unidade básica de saúde	-	Unidade mista/ pronto atendimento 24h	-	Hospital de pequeno porte	CNES
Recursos humanos	-	-	Médico (somatório de horas para carga horária semanal maior do que 120 horas/semanais) Enfermeiro (somatório de horas para carga horária semanal maior do que 120 horas/semanais)	-	Médico (somatório de horas para carga horária semanal maior do que 168 horas/semanais) Enfermeiro (somatório de horas para carga horária semanal maior do que 168 horas/semanais)	CNES
Distância entre SE e SE de uma mesma região de saúde	Até 15 km	15,1 a 30 km	30,1 a 50 km	50,1 a 70 km	Acima de 70,1 km	GOOGLE MAPS

Fonte: DAE/SAS/MS, 2012.

O município que atingir uma somatória de pontos superior a *18 pontos* será elegível para a proposta de Sala de Estabilização.

Obs.: nos casos em que o município comprove dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde de urgência e emergência (terrestre, aéreo, fluvial, marítimo) ou de populações específicas (quilombola, ribeirinha, indígena, cigana, de fronteira, entre outras), será acrescentado à pontuação o escore de **5 pontos**, mediante análise técnica da área técnica responsável no Ministério da Saúde, conforme artigo 3º, parágrafo 2º, da Portaria MS/GM nº 2.338/2011).

3.4.4 Considerações Complementares

1. O município só poderá optar pela vinculação da Sala de Estabilização em unidade básica de saúde ou unidade de saúde da família quando não houver outro equipamento de saúde no município com funcionamento 24h/dia.
2. Deverá ser considerada no mínimo 1 (uma) sala de estabilização por região de saúde pactuada no PDR Estadual ou PAR RUE, quando houver, no caso de não haver na região nenhuma outra unidade que realize atendimento de urgência e emergência.
3. Deverá ser considerado o município mais distante do hospital de referência da região como o primeiro elegível, para cálculo de distâncias entre salas em uma mesma região.
4. Quando o município com maior pontuação considerado elegível não optar pela adesão à Sala de Estabilização, o município que tiver pontuação aproximada, porém inferior a **18 pontos**, poderá ser considerado elegível.

3.4.5 Passo a Passo da Habilitação da Sala de Estabilização

O gestor deverá encaminhar à área técnica responsável no Ministério da Saúde proposta a partir do estabelecido no PAR RUE, contendo:

I – quantitativo populacional a ser coberto pela SE;
II – compromisso formal do município de prover a SE com equipe mínima, conforme estabelecido no Anexo II da Portaria nº 2.338/2011, sendo de responsabilidade dos gestores a definição de estratégias que visem garantir retaguarda médica, de enfermagem e de pessoal técnico nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, possibilitando a estabilização de pacientes críticos/graves;
III – informação da existência, na área de cobertura da SE, de Samu 192 habilitado ou, na ausência deste, apresentação de termo de compromisso de implantação de Samu 192 dentro do prazo de implantação da SE;
IV – informação sobre as grades de referência e contrarreferência pactuadas na Rede de Atenção à Saúde com as unidades de atenção básica e/ou de saúde da família, bem como sobre os hospitais de retaguarda, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e o transporte sanitário, quando houver;
V – garantia de cobertura de atenção básica de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) no município-sede da SE;
VI – garantia de retaguarda hospitalar, mediante a apresentação de termo de compromisso formalmente estabelecido pelas unidades de referência, em que estas aceitam ser referência e comprometem-se com o adequado acolhimento e atendimento dos casos encaminhados pelas centrais de regulação das urgências de cada localidade;

VII – adesão ao Pacto pela Saúde ou a compromisso sanitário existente ou a demonstração do processo de adesão em curso;

VIII – declaração do gestor responsável acerca da exclusividade de aplicação dos recursos financeiros repassados pela União para implantação da SE, garantindo a execução desses recursos para este fim.

3.4.6 Outras Informações Complementares

Em caso de inexistência do Componente SAMU 192, deverá ser garantido o transporte adequado ao quadro clínico do paciente, para remoção e garantia da continuidade da atenção.

Após pactuada e aprovada pela CIR e pela CIB, a proposta será encaminhada à SAS/MS para avaliação e verificação dos documentos descritos.

Após a aprovação pela SAS/MS, caberá ao Ministério da Saúde publicar portaria específica que afirma a aptidão do proponente ao recebimento do incentivo financeiro.

Os documentos são postados no site do Fundo Nacional de Saúde (FNS) específico para tal. Caso o FNS esteja fechado, a equipe técnica da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (CGUE) fará a solicitação para o FNS abrir o sistema para o gestor específico. A elaboração do processo é feito, via FNS, para facilitar o andamento da habilitação.

3.5 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas

As unidades de pronto atendimento 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços de atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

A Portaria MS/GM nº 1.171, de 5 de junho de 2012, dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Conforme a Portaria nº 1.171/2012, consideram-se as seguintes definições:

I – UPA Nova: unidade de pronto atendimento (UPA 24h) a ser construída com recursos do incentivo financeiro de investimento para a construção;

II – UPA Ampliada: unidade de pronto atendimento (UPA 24h) a ser constituída a partir de acréscimo de área a estabelecimentos de saúde já existentes e cadastrados no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Periodicamente, o Ministério da Saúde poderá redefinir os valores a serem repassados para o incentivo financeiro de investimento para UPA Ampliada, bem como os critérios de seleção das propostas e os requisitos mínimos a serem cumpridos.

3.5.1 UPA Nova

O incentivo financeiro de investimento destinado às UPAs Novas observará os portes definidos na Portaria MS/GM nº 2.648, de 7 de novembro de 2011, na seguinte gradação:

I – UPA Nova Porte I = recurso de incentivo financeiro de investimento no valor de R\$ 1.400.000,00 (um milhão e quatrocentos mil reais) para construção de novas UPA 24h;

II – UPA Nova Porte II = recurso de incentivo financeiro de investimento no valor de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais) para construção de novas UPA 24h; e

III – UPA Nova Porte III = recurso de incentivo financeiro de investimento no valor de R\$ 2.600.000,00 (dois milhões e seiscentos mil reais) para construção de novas UPA 24h.

O incentivo financeiro de investimento para a UPA Nova será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS) em três parcelas, na forma definida a seguir:

I – primeira parcela, equivalente a 10% (dez por cento) do valor total aprovado, será repassada após a publicação da portaria específica de habilitação;

II – segunda parcela, equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, será repassada após autorização da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), mediante apresentação dos seguintes documentos:

- a. ordem de início do serviço assinada pelo gestor, profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (Crea);
- b. declaração do gestor que ateste possuir a documentação comprobatória da ocupação pací-

fica e regular do terreno, bem como o exercício pleno dos poderes inerentes à propriedade, à posse ou ao uso do imóvel onde será implantada a nova UPA 24h;

III – terceira parcela, equivalente a 10% (dez por cento) do valor total aprovado, será repassada após nova autorização da SAS/MS, mediante apresentação de documento comprobatório da conclusão da edificação da unidade, assinado por profissional habilitado pelo Crea e pelo gestor responsável.

3.5.2 UPA Ampliada

Os estabelecimentos de saúde aptos a receber incentivo financeiro de investimento destinado à UPA Ampliada são:

- I – Policlínica;
- II – Pronto atendimento;
- III – Pronto-socorro especializado;
- IV – Pronto-socorro geral; e
- V – Unidades mistas.

A definição do valor do incentivo financeiro de investimento considerará os ambientes a serem ampliados, tendo como base o projeto arquitetônico mínimo estabelecido para os três portes das UPA 24h, atendidos os requisitos previstos na Portaria MS/GM nº 2.648/2011 e na portaria específica da SAS/MS sobre o tema.

O incentivo financeiro de investimento para a UPA Ampliada será repassado pelo FNS/SE/MS em duas parcelas, na forma definida a seguir:

- I – primeira parcela, equivalente a 30% (trinta por cento) do valor total aprovado;
 - a. número do SCNES referente ao estabelecimento de saúde a ser ampliado;
 - b. projeto de arquitetura;
 - c. compromisso formal do respectivo gestor de prover a UPA 24h com equipe horizontal de gestão do cuidado na unidade;
 - d. quantitativo populacional a ser coberto pela UPA 24h;

- e. informação da existência, na área de cobertura da UPA 24h, de Samu 192 habilitado;
- f. informação da cobertura da atenção básica em saúde de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da população do município-sede da UPA 24h;
- g. compromisso e programação da implantação da classificação de risco no acolhimento dos usuários na UPA 24h;
- h. grades de referência e contrarreferência pactuadas em nível locorregional;
- i. compromisso formal subscrito pelo responsável legal de pelo menos 1 (um) dos hospitais integrantes da grade de referência;
- j. resolução da secretaria de saúde, estadual ou municipal, com a designação do coordenador da coordenação da rede de urgência;
- k. declaração do gestor acerca da exclusividade de aplicação dos recursos financeiros repassados pela União para implantação da UPA 24h;
- l. Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências;

II – segunda parcela, equivalente a 70% (setenta por cento) do valor total aprovado, será repassada após autorização da SAS/MS, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a. ordem de início do serviço assinada pelo gestor local e por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (Crea); e
- b. declaração do gestor que ateste possuir a documentação comprobatória da ocupação pacífica e regular do terreno, bem como o exercício pleno dos poderes inerentes à propriedade, à posse ou ao uso do imóvel relativo ao estabelecimento de saúde a ser ampliado.

A proposta para implantação de UPA 24h será previamente submetida à análise e aprovação do conselho de saúde do município-sede da UPA e pactuada na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Para a implantação de UPA, os gestores do SUS deverão submeter ao Ministério da Saúde proposta de implantação dessas unidades. Conforme o porte, existem 3 (três) tipos, de acordo com a população do município-sede (caso o município-sede não alcance a população exigida de acordo com o porte, pode regionalizar, desde que os outros municípios pactuados não façam parte de nenhuma abrangência de UPA). Deve-se

verificar a capacidade instalada (área física), o número de leitos disponíveis, a gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos, conforme o estabelecido no Anexo da Portaria MS/GM nº 2.648/2011.

As propostas de solicitação de UPA deverão ser cadastradas no *site* do Fundo Nacional de Saúde/MS.

A UPA Ampliada é unidade que receberá incentivo financeiro para acréscimo de área a uma edificação já existente e para aquisição de mobiliário, materiais permanentes e equipamentos.

O proponente deverá relacionar os ambientes a serem ampliados, respeitando a área física mínima definida para cada porte de UPA (Anexo da Portaria MS/GM nº 2.648/2011) e cadastrando as propostas no Sistema de Pagamento/Sispag do FNS, conforme a abertura do sistema.

Para recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal, a UPA Ampliada deverá obrigatoriamente estar previamente habilitada e qualificada.

É obrigatória a inscrição da UPA 24h no SCNES. A UPA Ampliada deverá obrigatoriamente ser cadastrada neste sistema.

3.5.3 Incentivo Financeiro

Para custeio mensal de UPA Nova, o Ministério da Saúde repassará o valor mensal a seguir discriminado:

Para *UPA Nova habilitada*, o custeio será de:

- R\$ 100.000,00 (cem mil reais) para UPA Porte I;
- R\$ 175.000,00 (cento e setenta e cinco mil reais) para UPA Porte II; e
- R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) para UPA Porte III.

Para *UPA Nova habilitada e qualificada*, o custeio será de:

- R\$ 170.000,00 (cento e setenta mil reais) para UPA Porte I;
- R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais) para UPA Porte II; e
- R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) para UPA Porte III.

Para *UPA Ampliada e Reformada, habilitadas e qualificadas*, o Ministério da Saúde repassará o valor mensal a seguir discriminado:

- R\$ 100.000,00 (cem mil reais) para UPA Porte I;

- R\$ 175.000,00 (cento e setenta e cinco mil reais) para UPA Porte II; e
- R\$ 300.00,00 (trezentos mil reais) para UPA Porte III.

3.5.4 Habilitação da UPA

O recebimento do incentivo financeiro ficará condicionado à demonstração, pelo gestor de saúde, do funcionamento da UPA 24h, por meio da apresentação dos seguintes documentos:

- Declaração de funcionamento da UPA 24h;
- Declaração de equipamentos instalados na UPA 24h nos termos da Portaria MS/GM nº 2.648/2011;
- Relação nominal de recursos humanos em atuação na UPA 24h; e
- Alvará expedido pelo órgão de vigilância sanitária local.

3.5.5 Qualificação da UPA

A UPA 24h habilitada será considerada qualificada quando atender aos requisitos constantes na Portaria nº 2.821, de 28 de novembro de 2011, observando os arts. 16 e 17, como descritos a seguir:

- Inserção da unidade nas centrais de regulação que garanta o atendimento de urgência, além da retaguarda de leitos, de consultas especializadas, de cirurgias, procedimentos;
- Comprovação da cobertura do Samu 192 mediante portaria de habilitação publicada no Diário Oficial da União (DOU);
- Comprovação de desenvolvimento de atividades de educação permanente por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
- Comprovação da cobertura da atenção básica em saúde do município-sede da UPA 24h, subscrita pelo gestor municipal;
- Apresentação de relatório(s) de visita(s) técnica(s) realizada(s) pelo Ministério da Saúde que ateste(m):
 - a. Padronização visual da unidade;
 - b. Cumprimento dos compromissos assumidos com relação ao componente UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências;

- c. Implementação da classificação de risco com horizontalização da gestão do cuidado;
- d. Efetivo funcionamento da grade de referência e contrarreferência instituída nas centrais de regulação; e
- e. Estabelecimento e implantação de protocolos de atendimento clínico, classificação de risco e procedimentos administrativos.

3.6 Componente da Atenção Hospitalar

O Componente da *Atenção Hospitalar (AH)* na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do SUS foi instituído pela Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011.

O Componente da Atenção Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências é constituído por:

1. Portas hospitalares de urgência e emergência;
2. Enfermaria de retaguarda clínica;
3. Unidades de cuidados prolongados e hospitais especializados em cuidados prolongados;
4. Leitos de terapia intensiva; e
5. Organização das linhas de cuidado prioritárias:
 - LC do infarto agudo do miocárdio (IAM);
 - LC do acidente vascular cerebral (AVC);
 - LC da traumatologia.

São objetivos da *Atenção Hospitalar* da Rede de Atenção às Urgências e Emergências:

I – organizar a atenção às urgências nos hospitais de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem 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 e leitos clínicos, cirúrgicos, de cuidados prolongados e de terapia intensiva para a Rede de Atenção às Urgências; e

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

4 Portas Hospitalares de Urgência e Emergência

A organização da RUE na AH tem como um dos objetivos qualificar as *portas de entrada hospitalares de urgência e emergência*, que se constituem como serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental.

As portas de entrada hospitalares de urgência e emergência estratégicas para o desenho da RUE deverão se enquadrar nos seguintes critérios:

- a. Pertencer à unidade hospitalar estratégica para a RUE que seja referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros municípios;
- b. Contar com, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no SCNES;
- c. Possuir habilitação em pelo menos uma das linhas de cuidado: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, traumatologia-ortopedia ou ser referência para o atendimento em pediatria.

4.1 Incentivo Financeiro

Estas unidades poderão apresentar ao Ministério da Saúde projeto para readequação física e tecnológica no valor de até R\$ 3.000.000,00 (*três milhões de reais*), conforme pactuação definida durante a elaboração e negociação do PAR da RUE.

As instituições hospitalares deverão apresentar projeto para pleitear investimento por meio da celebração de convênio, devendo estes recursos ser repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios do Fundo Nacional de Saúde.

As portas de entrada hospitalares de urgência localizadas nas unidades hospitalares estratégicas poderão receber incentivo de custeio diferenciado de acordo com a seguinte tipologia:

- **Hospital Geral:** Hospital de referência para, no mínimo, uma região de saúde, conforme Plano Diretor Regional (PDR). Deve ter uma cobertura populacional de até 200 mil habitantes. São estabelecimentos que possuem estrutura para realizações de média complexidade. Devem contar com equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anestesiologista, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos. As portas de entrada hospitalares de

urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como hospitais gerais receberão R\$ 100.000,00 (*cem mil reais*) como incentivo de custeio mensal.

- **Hospital Especializado Tipo I:** Hospital de referência para uma ou mais regiões de saúde, conforme PDR. Deve ter 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 traúmato-ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria. 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. As portas de entrada hospitalares de urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como hospitais especializados tipo I receberão R\$ 200.000,00 (*duzentos mil reais*) como incentivo de custeio mensal; e
- **Hospital Especializado Tipo II:** Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento. Deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traúmato-ortopedia, cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria. 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. Dessa forma, as portas de entrada hospitalares de urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como hospitais especializados tipo II receberão R\$ 300.000,00 (*trezentos mil reais*) como incentivo de custeio mensal.

4.2 Qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência

As portas de entrada hospitalares de urgência serão consideradas qualificadas ao se adequarem aos seguintes critérios:

- Estabelecimento e adoção de protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e procedimentos administrativos no hospital;
- Implantação de processo de acolhimento com classificação de risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato;

- Articulação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), as unidades de pronto atendimento (UPA) e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;
- Submissão da porta de entrada hospitalar de urgência à Central Regional de Regulação de Urgência, à qual caberá coordenar os fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;
- Equipe multiprofissional compatível com o porte da porta de entrada hospitalar de urgência;
- Organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como “diarista”, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe;
- Implantação de mecanismos de gestão da clínica, visando à:
 - a. qualificação do cuidado;
 - b. eficiência de leitos;
 - c. reorganização dos fluxos e processos de trabalho;
 - d. implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;
- Garantia de retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em sua região, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias, conforme previsto no Plano de Ação Regional;
- Garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; e
- Realização do 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.

As portas de entrada hospitalares de urgência e emergência deverão se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado ou em um prazo de 12 (doze) meses após o recebimento do incentivo de investimento para adequação da ambiência.

4.3 Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH)

Para a garantia da qualidade e do monitoramento das portas de entrada hospitalares de urgência e emergência e dos leitos de retaguarda, as instituições hospitalares criarão *núcleos de acesso e qualidade hospitalar* (NAQH) com a seguinte composição mínima: coordenador da urgência/emergência, coordenador da UTI, coordenador das unidades de internação, coordenador da central de internação do hospital e representante do gestor local.

Compete aos núcleos de acesso e qualidade hospitalar:

- Garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as centrais de regulação de urgência e internação;
- Promover a permanente articulação entre a unidade de urgência e as unidades de internação;
- Monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação;
- Propor mecanismos de avaliação por meio de indicadores clínicos e administrativos;
- Propor e acompanhar a adoção de protocolos clínicos;
- Acompanhar o processo de cuidado do paciente visando ao atendimento no local mais adequado às suas necessidades;
- Articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar;
- Manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência;
- Garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho;
- Atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio da articulação e do encaminhamento aos demais serviços da rede;
- Monitorar o agendamento cirúrgico com vistas à otimização da utilização das salas;
- Agilizar a realização de exames necessários;
- Definir critérios de internação e alta; e
- Responder às demandas do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e do Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências.

5 Leitos de Retaguarda

A RUE tem como estratégia para melhoria da atenção hospitalar a ampliação e qualificação dos leitos clínicos, pediátricos, cirúrgicos e de UTI e dos cuidados prolongados.

Os leitos para retaguarda às urgências e emergências poderão ser criados ou qualificados em hospitais acima de 50 leitos, localizados na região de saúde, podendo ser implantados nos hospitais estratégicos ou em hospitais de menos adensamento tecnológico que deem suporte aos prontos-socorros e às unidades de pronto atendimento, devendo, como pressuposto, ser exclusivos para a retaguarda às urgências e estar disponíveis nas centrais de regulação.

Os números de novos leitos de retaguarda clínicos, de cuidados prolongados, pediátricos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI) serão calculados de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, conforme o definido na Portaria MS/GM nº 1.101, de 12 de junho de 2002, e nas portarias específicas para cada tipologia de leito.

5.1 Incentivo Financeiro

As instituições hospitalares, públicas ou privadas, que disponibilizarem leitos clínicos de retaguarda às portas de entrada hospitalares de urgência, por meio da organização de enfermarias clínicas, estarão aptas a receber custeio diferenciado no valor de *R\$ 300,00 (trezentos reais) por diária do leito novo ou leito existente qualificado*.

Os leitos de retaguarda clínicos deverão se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado e serão considerados qualificados quando atenderem aos seguintes critérios:

- Estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;
- Equipe composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem compatível com o porte da enfermaria clínica de retaguarda, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;
- Organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como “diarista”, utilizando-se prontuário único, compartilhado por toda a equipe;

- Implantação de mecanismos de gestão da clínica para a qualificação do cuidado, a eficiência de leitos, a reorganização dos fluxos e dos processos de trabalho e a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;
- Garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;
- Garantia do desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
- Submissão da enfermagem clínica à auditoria do gestor local;
- Regulação integral pelas centrais de regulação de leitos;
- Taxa de ocupação média mínima de 85% (oitenta e cinco por cento);
- Média de permanência de, no máximo, 10 (dez) dias de internação; e
- Articulação com os serviços de atenção domiciliar da região de saúde, quando couber.

5.2 Cálculo de Necessidade e Déficit de Leitos Clínicos

Na elaboração dos PARs, para fins de cálculo de dimensionamento da necessidade de leitos, deverão ser obedecidos os seguintes parâmetros:

- 75,5% da população total ou de acordo com as especificidades regionais;
- Necessidade de leitos hospitalares totais: 3,0 leitos para cada 1.000 habitantes (Portaria MS/GM nº 1.101, de 12 de junho de 2002);
- Necessidade de leitos clínicos: 26,82% da necessidade total de leitos;
- Leitos de especialidades clínicas consideradas: cardiologia, clínica geral, dermatologia, geriatria, nefro/urologia, neurologia, pneumologia;
- Leitos disponíveis para o SUS existentes segundo o SCNES;

O déficit é calculado por meio da diferença entre a necessidade de leitos clínicos e o número de leitos existentes.

6 Estratégias e Linhas de Cuidado Prioritárias no Componente Atenção Hospitalar da RUE

6.1 Linha de Cuidado Cardiovascular: Foco na Atenção ao Infarto Agudo de Miocárdio

A Portaria MS/GM nº 2.994, de 23 de dezembro de 2011, aprova a linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio e o protocolo de síndromes coronarianas agudas, considerando a necessidade de implementar estratégias no SUS que deem conta da necessidade epidemiológica “urgente” de promover estratégias para ampliação, agilidade e qualificação do atendimento ao usuário que necessite de cuidados ao IAM.

Institui, no âmbito do SUS, o serviço de *unidade de terapia intensiva coronariana* ou, simplesmente, *unidade coronariana* (UCO). Esta unidade é dedicada ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda, devendo necessariamente dispor de infraestrutura típica de terapia intensiva, mas se localizar em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com síndrome coronariana aguda, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e oportunidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência.

A seguir, apresentamos um indicador importante para a elaboração e discussão da linha de cuidado do IAM a partir da análise da situação do País na atenção ao IAM.

Tabela 4 – Tabela com maior frequência de internações por IAM nas 10 regiões metropolitanas do Brasil no ano de 2010

Região metropolitana	Frequência	Número de Ucos
São Paulo	8.384	14
Rio de Janeiro	2.625	5
Porto Alegre	2.013	4
Belo Horizonte	1.448	3
Recife	1.352	3
Goiânia	1.064	2
Campinas	1.057	2
Salvador	799	2
Manaus	727	2
Fortaleza	615	2
Total	20.084	39

Fonte: SIH/DATASUS 2010.

Algumas ações estratégicas estão sendo discutidas e iniciadas nos territórios no sentido de expandir e consolidar a linha de cuidado de atenção ao IAM. São elas:

- Fomentar a habilitação das unidades coronarianas (UCO);
- Normatizar a terapia trombolítica e ampliar o acesso;
- Ampliar o acesso à angiologia primária;
- Implantar protocolos de transferência e transporte para agilização do atendimento – início rápido do tratamento de reperfusão imediata dos pacientes;
- Expandir a telemedicina para diagnóstico eletrocardiográfico precoce (expansão do Tele ECG nos Samu e nas UPA);
- Qualificar o atendimento ao infarto nas urgências pré-hospitalares (Samu e UPA) e implementar a integração entre o diagnóstico pré-hospitalar e a conduta hospitalar;
- Melhorar a comunicação e a articulação entre a Central de Regulação Médica de Urgência e as UCO para o atendimento imediato;
- Garantir o fornecimento de medicamentos essenciais ao tratamento do IAM.

6.1.1 Incentivo Financeiro

As instituições hospitalares poderão apresentar projeto para pleitear investimento para implantação de leitos de UCO no valor de R\$ 100.000,00 (*cem mil reais*) por leito por meio da celebração de convênio, devendo estes recursos ser repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios do Fundo Nacional de Saúde.

As instituições hospitalares que disponibilizarem leitos de unidades coronarianas receberão o custeio de diária diferenciado de R\$ 800,00 (*oitocentos reais*) e deverão cumprir os seguintes critérios de qualificação:

- Estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;
- Equipe de UTI Tipo II ou III, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;
- Organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe;

- Implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e à implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;
- Garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;
- Garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
- Submissão à auditoria do gestor local;
- Regulação integral pelas centrais de regulação; e
- Taxa de ocupação média mensal da unidade de, no mínimo, 90% (noventa por cento).

As UCO deverão se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do custeio diferenciado, previsto na Portaria MS/GM nº 2.395/2011. O investimento e custeio deverão estar vinculados ao Plano de Ação Regional pactuado na CIB, na CIR e na CGSES.

6.1.2 Cálculo de necessidades e déficit de leitos de IAM

A implantação anual deve ser gradativa e com detalhamento dos leitos de UCO por município da região e por estabelecimento de saúde, utilizando-se o seguinte parâmetro para os leitos de UCO:

- 1 (uma) unidade coronariana (UCO) com 10 leitos para as 10 regiões metropolitanas que possuem a maior frequência de IAM/ano, cálculo de série histórica/ano de internações e óbitos;
- 2 (dois) leitos de IAM para as 27 RM que possuem frequência de 100 a 599 IAM/ano.

6.1.3 Habilitação

I – Ter habilitação como centro de referência ou unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular, com serviço de assistência de alta complexidade em cardiologia intervencionista, nos termos da Portaria MS/GM nº 1.169 e da Portaria MS/SAS nº 210, de 15 de junho de 2004;

II – Possuir leito credenciado como UTI Tipo II ou III, conforme Portaria MS/GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, ou, para novos leitos, seguir os trâmites de habilitação dispostos nesta portaria ou em outra que venha a substituí-la; e

III – Participar da linha de cuidado do IAM na Rede de Atenção às Urgências e Emergências por indicação do gestor, realizando ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento-base da referida linha de cuidado, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade ao paciente com síndrome coronariana aguda.

6.1.4 Qualificação

I – estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;

II – equipe de UTI Tipo II ou III, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;

III – organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe;

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

V – garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;

VI – garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

VII – submissão à auditoria do gestor local;

VIII – regulação integral pelas centrais de regulação; e

IX – taxa de ocupação média mensal da unidade de, no mínimo, 90% (noventa por cento).

6.2 Linha de Cuidado Cerebrovascular: Foco na Atenção ao Acidente Vascular Cerebral

A linha de cuidado do acidente vascular cerebral (AVC) foi instituída pela Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como centros de atendimento de urgência aos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui o respectivo incentivo financeiro para o funcionamento destes serviços.

São estabelecidos na portaria dois modos de organização das unidades de atendimento ao AVC, em questão: U-AVC Agudo e U-AVC Integral, que são apresentadas mais detalhadamente a seguir:

U-AVC Agudo é a unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 5 (cinco) leitos no mesmo espaço físico, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado de pacientes acometidos pelo acidente vascular cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório), durante a fase aguda (até 72 horas da internação) e responsável por oferecer tratamento trombolítico endovenoso.

U-AVC Integral é a unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 10 (dez) leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo acidente vascular cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até 15 dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, à reabilitação precoce e à investigação etiológica completa.

Algumas ações estratégicas estão sendo discutidas e iniciadas nos territórios no sentido de expandir e consolidar a linha de cuidado de atenção ao AVC. São elas:

- Desenvolver ações de educação em saúde para o reconhecimento do AVC na população;
- Qualificar a capacidade diagnóstica em todos os pontos de atenção da RAS;
- Aumentar a capacidade logística e a organização de fluxos para o atendimento aos pacientes neurológicos;
- Assistência qualificada (cuidado multiprofissional);
- Capacitar os profissionais de saúde para o atendimento pós-internação;
- Implementar o Telessaúde entre as unidades de AVC e em outros pontos de atenção da RAS;
- Possibilitar o acesso facilitado a leitos de retaguarda para crônicos e pacientes socialmente vulneráveis;

- Garantir acesso à reabilitação qualificada;
- Fomentar sinergia entre os cuidados prestados na U-AVC, AD e de cuidados prolongados.

6.2.1 Habilitação

Os *centros de atendimento de urgência tipo I* serão habilitados nos estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para o atendimento aos pacientes com AVC, que disponibilizam e realizam o procedimento com o uso de trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específico, e que cumpram os seguintes requisitos:

I – realizar atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive nos finais de semana;

II – realizar exame de tomografia computadorizada de crânio nas 24 horas do dia;

III – dispor de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) ou em residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC);

IV – disponibilizar protocolos clínicos e assistenciais escritos;

V – fornecer cobertura de atendimento neurológico, disponível em até 30 minutos da admissão do paciente (plantão presencial ou sobreaviso a distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina);

VI – possuir leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo, com médico 24 horas por dia e equipe treinada para o atendimento, podendo ser no serviço de urgência ou na unidade de terapia intensiva (UTI);

VII – possuir UTI Tipo II ou III;

VIII – realizar serviço de laboratório clínico em tempo integral;

IX – dispor de equipe neurocirúrgica por 24 horas (presencial ou disponível em até duas horas); e

X – realizar serviço de hemoterapia.

Os *centros de atendimento de urgência tipo II* serão habilitados nos estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que cumpram todos os requisitos exigidos no art. 5º da portaria supracitada e que disponham de unidade de cuidado agudo ao AVC (U-AVC Agudo).

A U-AVC Agudo deverá contar com a seguinte estrutura:

- a. possuir área física definida com, no mínimo, 5 (cinco) leitos exclusivamente destinados ao atendimento do paciente com AVC agudo (isquêmico, hemorrágico ou acidente isquêmico transitório);
- b. realizar atendimento ao paciente com AVC agudo até 72 (setenta e duas) horas de internação, oferecendo, inclusive, tratamento trombolítico endovenoso para o AVC isquêmico;
- c. realizar atendimento de forma multiprofissional, com a inclusão de fisioterapia e fonoaudiologia; e
- d. garantir que o tratamento da fase aguda seja coordenado por neurologista.

A U-AVC Agudo deverá realizar os seguintes procedimentos:

- a. eletrocardiograma (ECG);
- b. serviço de laboratório clínico em tempo integral;
- c. serviço de radiologia;
- d. serviço de hemoterapia;
- e. ultrassonografia *doppler* colorida de vasos (exame de *doppler* de artérias cervicais);
- f. ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico; e
- g. angiografia.

A U-AVC Agudo deve garantir acesso, por intermédio de termo de compromisso, nos termos do anexo IV da portaria supracitada, aos seguintes procedimentos:

- a. angiotomografia;
- b. ressonância magnética;
- c. angiorressonância;
- d. *ecodoppler* transcraniano; e
- e. neuroradiologia intervencionista.

Para a habilitação em centro de atendimento de urgência tipos I, II e III aos pacientes com AVC perante o Ministério da Saúde, o gestor municipal e/ou estadual e do Distrito Federal deverão encaminhar a

respectiva solicitação, por meio de ofício, à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAE/SAS/MS) com as seguintes documentações:

I – cópia do Plano de Ação Regional aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou equivalente e submetido ao Ministério da Saúde;

II – Termo de compromisso assinado pelo gestor municipal e/ou estadual e do Distrito Federal, por meio do qual se obriga a estabelecer e adotar a linha de cuidado em AVC e o *PCDT – Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo*, constante do Plano de Ação Regional da RUE, com realização de ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento-base da referida linha de cuidado, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com AVC;

III – Formulário para Vistoria do Gestor – Normas de Classificação e Habilitação de Centro de Atendimento de Urgência, assinado pelo gestor municipal e/ou estadual e do Distrito Federal do SUS, conforme modelos constantes dos Anexos I, II e III da Portaria nº 665/2012, com comprovação do cumprimento das exigências para habilitação; e

IV – atualização das informações no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Os centros de atendimento de urgência tipo III serão destinados aos pacientes com AVC e organizados naqueles estabelecimentos hospitalares que cumprirem todos os requisitos a seguir:

I – *Unidade de cuidado integral ao AVC (U-AVC Integral)*, que inclui a unidade de cuidado agudo ao AVC, podendo compartilhar ou não o mesmo espaço físico;

II – no mínimo, dez leitos;

III – atendimento da totalidade dos casos de AVC agudo admitidos na instituição, exceto aqueles que necessitem de terapia intensiva e aqueles para os quais for definido suporte para cuidados paliativos;

IV – tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa;

V – ambulatório especializado, preferencialmente próprio, podendo também ser referenciado, para dar suporte à RUE;

A U-AVC Integral deverá realizar os seguintes procedimentos:

- a. eletrocardiograma (ECG);
- b. serviço de laboratório clínico em tempo integral;

- c. serviço de radiologia;
- d. serviço de hemoterapia;
- e. ultrassonografia *doppler* colorida de vasos (exame *doppler* de artérias cervicais);
- f. ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico;
- g. angiografia.

A U-AVC Integral deverá realizar acesso, por meio de termo de compromisso, aos seguintes procedimentos:

- a. angiotomografia;
- b. ressonância magnética;
- c. angiorressonância;
- d. *ecodoppler* transcraniano; e
- e. neuroradiologia intervencionista.

6.2.2 Incentivo Financeiro

Fica instituído incentivo financeiro de custeio no valor de R\$ 350,00 (*trezentos e cinquenta reais*) por dia e por leito das unidades de cuidado agudo ao paciente com AVC e das unidades de cuidado integral ao paciente com AVC.

No caso de U-AVC Agudo, o incentivo custeará a permanência máxima do paciente na unidade por três dias, com avaliação periódica pelo gestor local do SUS e sujeito a eventuais auditorias.

No caso de U-AVC Integral, o incentivo custeará a permanência do paciente na unidade por um prazo máximo de 15 dias de internação, com avaliação periódica pelo gestor local do SUS e sujeito a eventuais auditorias.

As capitais dos estados que não atinjam o parâmetro de oitocentas internações por AVC/ano e tiverem necessidade de implantação de U-AVC Agudo ou U-AVC Integral poderão solicitar a citada habilitação, cuja pertinência será analisada e definida pelo Ministério da Saúde.

6.3 Linha de Cuidado do Trauma: Foco na Atenção ao Politrauma

A linha de cuidado do trauma será objeto de portaria específica e está em consulta pública nº 17, datada de 29 de agosto de 2012. Para mais informações, acesse: <www.saude.gov.br/consultapublica>.

7 Unidades de Cuidados Prolongados (UCP) e Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP)

Diante da necessidade de desenvolver uma estratégia multidisciplinar de assistência integral, humanizada e individualizada articulada com os demais pontos de atenção das RAS, para atender ao paciente com necessidade de cuidados hospitalares prolongados, o MS criou, por meio da Portaria MS/GM nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012, as unidades de cuidados prolongados e os hospitais especializados em cuidados prolongados:

I – *Unidades de internação em cuidados prolongados* (UCP): serviço vinculado a hospital geral ou especializado maior do que um de 50 leitos, constituído em módulos de 15 a 25 leitos;

II – *Hospitais especializados em cuidados prolongados* (HCP): vinculado a hospital geral ou especializado maior do que um de 40 leitos. Sua capacidade total deverá estar destinada para esta finalidade;

III – *Hospital especializado em cuidados prolongados* (HCP): hospital com, no mínimo, 40 leitos (quarenta leitos), cuja capacidade total instalada é destinada aos cuidados prolongados.

As UCP e os HCP se constituem em unidades intermediárias entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio.

De acordo com a Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro 2012, são diretrizes das *unidades de internação em cuidados prolongados* (UCP):

I – prestação individualizada e humanizada do cuidado ao usuário hospitalizado que necessite de cuidados em reabilitação intensivos, semi-intensivos ou não intensivos para o reestabelecimento das suas funções e atividades, bem como para a recuperação de sequelas;

II – equidade no acesso e atenção prestada em tempo oportuno;

III – garantia de cuidado por equipe multidisciplinar;

IV – incentivo à autonomia e autocuidado do usuário;

V – articulação entre as equipes multidisciplinares das UCP com as equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar, centro de referência em reabilitação, bem como com outras equipes que atuem nos demais pontos de atenção do território, permitindo a efetivação da integralidade da assistência e a continuidade do cuidado;

VI – garantia da “alta responsável” e em tempo oportuno;

VII – eficiência e qualidade na prestação dos cuidados;

VIII – corresponsabilização da família no cuidado;

IX – intersetorialidade; e

X – acessibilidade.

As UCP e os HCP deverão contar com *sala multiuso de reabilitação*, espaço destinado para equipe multiprofissional, tendo como objetivo o atendimento aos usuários com vistas à intervenção de reabilitação precoce e à aceleração do processo de desospitalização.

Podem ser organizados em dois tipos:

1. A UCP, serviço vinculado a hospital geral ou especializado, deverá contar com sala multiuso de reabilitação tipo I, com dimensão de 35m²;
2. O HCP deverá contar com sala multiuso de reabilitação tipo II, com dimensão de 75m².

As UCP deverão contar com uma *equipe multiprofissional* para cada módulo com 15 (quinze) a 25 (vinte e cinco leitos), com as seguintes composição e carga horária mínima:

I – médico: 20 (vinte) horas semanais, distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira;

II – enfermeiro: 60 (sessenta) horas semanais;

III – técnico de enfermagem: no mínimo 1 (um) técnico para cada 5 (cinco) usuários hospitalizados, disponível nas 24 (vinte e quatro horas) do dia e nos 7 (sete) dias da semana;

IV – assistente social: 20 (vinte) horas semanais;

V – fisioterapeuta: 60 (sessenta) horas semanais;

VI – psicólogo: 20 (vinte) horas semanais; e

VII – fonoaudiólogo: 30 (trinta) horas semanais.

Os HCP deverão possuir toda a estrutura necessária para o funcionamento de um estabelecimento hospitalar, segundo a legislação vigente, e para cada módulo com quarenta leitos devem existir as seguintes composição e carga horária mínimas:

I – médico plantonista disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;

II – médico: carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira;

III – enfermeiro: 60 (sessenta) horas semanais;

IV – enfermeiro plantonista noturno: disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;

V – técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada 5 (cinco) usuários hospitalizados, disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;

VI – assistente social: 40 (quarenta) horas semanais;

VII – fisioterapeuta: 120 (cento e vinte) horas semanais;

VIII – psicólogo: 40 (quarenta) horas semanais;

IX – fonoaudiólogo: 60 (sessenta) horas semanais; e

X – terapeuta ocupacional: 30 (trinta) horas semanais.

Os critérios de elegibilidade dos pacientes para a UCP ou o HCP são os seguintes:

A. Usuário cujo quadro clínico apresente as seguintes características:

I – situação clínica estável;

II – recuperação de um processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico;

III – necessidade de cuidados prolongados para reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico; ou

IV – dependência funcional permanente ou provisória física, motora ou neurológica parcial ou total.

Além de apresentar pelo menos uma das características descritas, o usuário elegível para ser admitido em UCP e HCP deverá se enquadrar em pelo menos uma das seguintes situações clínicas:

I – usuários em suporte respiratório, como ventilação mecânica não invasiva, oxigenoterapia ou higiene brônquica;

II – usuários submetidos à antibioticoterapia venosa prolongada, terapia com antifúngicos, dietote-

rapia enteral ou nasogástrica, portadores de outras sondas e drenos;

III – usuários submetidos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que se encontrem em recuperação e necessitem de acompanhamento multidisciplinar, cuidados assistenciais e reabilitação físico-funcional;

IV – usuários em reabilitação motora por acidente vascular cerebral (AVC), neuropatias, traumatismo cranioencefálico (TCE), hematoma subaracnoide traumático (HSAT), hematoma subaracnoide espontâneo (HSAE), traumatismo raquimedular (TRM);

V – usuários traqueostomizados em fase de decanulação;

VI – usuários que necessitem de curativos em úlceras por pressão graus III e IV;

VII – usuários sem outras intercorrências clínicas após procedimento de laparostomia;

VIII – usuários com incapacidade transitória de deambulação ou mobilidade;

IX – usuários com disfagia grave aguardando gastrostomia; ou

X – usuários em fase terminal, desde que com agravamento do quadro, quando não necessitem de terapia intensiva.

Obs.: quando houver retaguarda de atenção domiciliar no território, deverá ser realizada avaliação prévia e sistemática quanto à elegibilidade do usuário, garantindo a desospitalização em tempo oportuno.

São *inelegíveis* à internação em UCP e HCP os seguintes usuários:

I – com episódio de doença em fase aguda ou crítica, em quadro clinicamente instável;

II – cujo objetivo da internação seja apenas a avaliação diagnóstica; e

III – que necessitem de cuidados que possam ser prestados em domicílio e acompanhados pelas equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar.

7.1 Cálculo de necessidade e déficit de leitos de cuidados prolongados

O cálculo para estabelecer a necessidade de leitos em cuidados prolongados deverá ser feito de forma regional, de acordo com os seguintes parâmetros:

I – a necessidade de leitos hospitalares gerais é de 2,5 (dois inteiros e cinco décimos) leitos gerais para cada 1.000 (mil) habitantes;

II – os leitos de cuidados prolongados corresponderão a 5,62% (cinco inteiros e sessenta e dois décimos) da necessidade total de leitos hospitalares gerais, percentual que deverá ser distribuído da seguinte forma:

- a. 60% (sessenta por cento) para internações em UCP e HCP; e
- b. 40% (quarenta por cento) para cuidados em atenção domiciliar.

Obs.: em caso de inexistência de *equipes multidisciplinares de atenção domiciliar* (Emad) e *equipes multidisciplinares de apoio* (Emap), a Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAE/SAS/MS) poderá considerar percentual diferenciado de déficit de leitos para internação em cuidados prolongados.

7.2 Incentivo Financeiro

O *incentivo financeiro de investimento* para adequação física e tecnológica de UCP é o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por leito. Deverá ser destinado a mudanças na ambiência, à construção e à ampliação, bem como à adequação tecnológica, com vistas a viabilizar a qualificação da assistência, observadas as normas da Anvisa.

A transformação de uma unidade de saúde já existente em HCP poderá ser custeada via convênio com o Ministério da Saúde, observadas as normas respectivas e desde que isso esteja previsto no Plano de Ação Regional da RUE.

O *incentivo financeiro de custeio* destinado às UCP e aos HCP habilitados, com redução progressiva do valor das diárias, é feito conforme o estabelecido a seguir:

- I – diária de R\$ 300,00 (trezentos reais) por leito de UCP e HCP até o 60º dia de internação;
- II – diária de R\$ 200,00 (duzentos reais) por leito de UCP e HCP a partir do 61º dia de internação; e
- III – valor atual da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) a partir do 91º dia de internação.

Para pleitear construção, reforma ou aquisição de equipamento para um HCP, o gestor, em caso de estabelecimento hospitalar público, ou a unidade hospitalar, em caso de estabelecimento privado sem fins lucrativos, não fará jus ao recurso de R\$ 10.000,00 por leito, devendo cadastrar proposta no Sistema de Convênios (Siconv).

7.3 Passo a passo para habilitação

O incentivo financeiro de investimento será condicionado à aprovação, pela CGHOSP/DAE/SAS/MS, de projeto de implantação de UCP e HCP com os seguintes requisitos:

I – caracterização da situação de saúde regional, epidemiológica e demográfica;

II – especificação do número de UCP e HCP e de equipes multidisciplinares que se pretende implantar ou ampliar e o respectivo impacto financeiro, considerando as contrapartidas estaduais e/ou municipais, quando existirem;

III – descrição da infraestrutura, dos equipamentos e do mobiliário da UCP e do HCP que devem ser implantados;

IV – organização do processo de trabalho das equipes;

V – definição de grades de referência entre os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;

VI – proposição de Plano de Educação Permanente em Saúde para as equipes multidisciplinares da UCP e do HCP a ser implantado, incluindo proposta de orientação para cuidadores e familiares;

VIII – descrição de proposta de monitoramento e avaliação para a UCP e o HCP a ser implantada; e

IX – descrição arquitetônica e funcional da sala multiuso de reabilitação, de acordo com a organização dos cuidados prolongados.

Para solicitação de habilitação de UCP e HCP, o gestor de saúde interessado deverá encaminhar à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAE/SAS/MS) os seguintes documentos:

I – ofício de solicitação de habilitação da UCP ou do HCP, com aprovação do Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

II – atualização do cadastro no SCNES com a criação ou ampliação de equipes multidisciplinares específicas para a UCP e o HCP a serem habilitados; e

III – projeto de implantação da UCP e do HCP.

8 Atenção ao Paciente Crítico

O Brasil conta com 7.262 hospitais entre gerais e especializados com diversos tipos de organização, esfera administrativa e natureza jurídica. A Atenção Hospitalar no SUS conta com 5.664 estabelecimentos, dos quais 2.838 são hospitais públicos de administração direta ou indireta e 2.775 são privados com ou sem fins lucrativos (CGHOSP/DAE/SAS/MS, 2012).

O número total de leitos hospitalares disponíveis chega a 496.739. Para o SUS são 352.082, sendo 173.894 leitos públicos provenientes dos hospitais da administração pública e 178.188 leitos privados, dos quais 121.618 leitos estão concentrados nas entidades sem fins lucrativos (CGHOSP/DAE/SAS/MS, 2012).

Na atenção hospitalar do SUS, contamos com 3.297 hospitais (58,21%) com menos de 50 leitos, que disponibilizam apenas 78.410 leitos gerais (22,27%) e apenas 206 leitos de UTI (1,24%), enquanto o restante dos 2.367 hospitais (41,8%) acima de 50 leitos contam com 273.672 leitos gerais (77,7%), dos quais 16.397 são leitos de UTI (98,76%) (CGHOSP/DAE/SAS/MS, 2012).

A melhoria na atenção ao paciente crítico está diretamente implicada na forma de organização do processo de trabalho da equipe, na humanização do cuidado, na qualificação na gestão hospitalar, na ampliação do acesso e na garantia de infraestrutura adequada. No Brasil ainda existe um déficit no número de UTI e sua distribuição nas regiões de saúde. Além disso, podemos considerar a ocupação inadequada destes leitos por pacientes menos complexos ou em quadros clínicos estáveis, contudo com necessidade de monitorização contínua, por exemplo, o que gera uma média de permanência alta, sem giro de leito e, conseqüentemente, a dificuldade de acesso de quem mais precisa.

Hoje, no Brasil, existem 17.940 leitos de UTI habilitados disponíveis ao SUS, dos quais 11.615 são para adultos, 2.270 são pediátricos e 4.055 são neonatais. Apenas em 2011 e 2012 houve um crescimento de 2.232 novos leitos (CGHOSP/DAE/SAS/MS, 2012).

No ano de 2012, mediante investimentos da RUE, foi ampliado consideravelmente o número de leitos de UTI nestas regiões de saúde, especialmente nas regiões metropolitanas, que concentram os serviços de alta complexidade na maioria dos estados brasileiros. Foi ampliado o total de 2.098 leitos novos de UTI de adulto e 330 leitos novos de UTI pediátricas e 1.998 leitos qualificados de UTI de adulto e 262 leitos qualificados de UTI pediátricas.

Considerando-se o período de janeiro a dezembro de 2012, foram credenciados 936 novos leitos de UTI em todo o País. Tal ampliação no número de leitos representou um impacto financeiro, para o Ministério da Saúde, de aproximadamente R\$ 126,8 milhões ao ano. Estes credenciamentos vêm melhorando a cobertura global de leitos de UTI em nível nacional (CGHOSP/DAE/SAS/MS, 2012).

Tabela 5 – Ampliação do número de leitos de UTI no período de 2003 a 2012 (CGHOSP/DAE/SAS/MS)

Anos	Ampliação de leitos de UTI (Brasil)			Total de leitos de UTI ampliados	Impacto financeiro/ano de custeio (R\$)
	Adulto	Pediátrico	Neonatal		
2003	812	168	312	1.292	R\$ 59.326.041,60
2004	519	152	270	941	R\$ 47.489.241,60
2005	334	80	241	655	R\$ 32.535.763,20
2006	358	83	159	600	R\$ 18.772.286,40
2007	598	97	217	912	R\$ 51.585.004,80
2008	483	142	193	818	R\$ 59.622.701,76
2009	344	69	171	584	R\$ 72.649.500,48
2010	532	74	232	838	R\$ 94.924.362,24
2011	784	164	348	1.296	R\$ 167.315.163,84
2012*	748	60	128	936	R\$ 126.832.682,88
Total	5.512	1.089	2.271	8.872	R\$ 731.052.748,80

*Atualizado até 18/12/2012.

Fonte: CGHOSP/DAE/SAS/MS, 2012.

Com a referida ampliação dos leitos de UTI, atualmente a cobertura assistencial no País é de 3,69% do total de leitos hospitalares necessários, quando o mínimo preconizado é de 4%, conforme estabelece a Portaria nº 1.101/2002.

8.1 Incentivo Financeiro

As instituições hospitalares públicas ou privadas conveniadas ou contratadas ao SUS que disponibilizarem leitos de terapia intensiva específicos para retaguarda às portas de entrada hospitalares de urgência poderão apresentar, ao Ministério da Saúde, projeto para adequação física e tecnológica no valor de *até R\$ 100.000,00 (cem mil reais)* por leito novo, conforme art. 19 da Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011.

Para captação dos recursos de investimento para a readequação física e tecnológica, os gestores e prestadores de serviços deverão apresentar projeto para pleitear investimento por meio da celebração de convênio ou instrumentos congêneres, devendo estes recursos ser repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios do Fundo Nacional de Saúde.

As instituições hospitalares que disponibilizarem novos leitos de UTI específicos para retaguarda às portas de entrada hospitalares de urgências ou que qualificarem os leitos já existentes farão jus a custeio diferenciado do leito de UTI no valor de *R\$ 800,00 (oitocentos reais)* por diária/leito.

O repasse do custeio dos leitos novos e/ou qualificados (estes últimos já existentes) será efetuado após sua habilitação perante a SAS/MS, após pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

As instituições hospitalares que possuem portas de entrada hospitalares de urgência e disponibilizarem leitos de UTI já existentes poderão qualificar até 80% (oitenta por cento) dos seus leitos de UTI, de acordo com os critérios estabelecidos no art. 25, da Portaria MS/GM nº 2.395/2011. Aquelas que não possuem portas de entrada hospitalares de urgência e disponibilizarem leitos de UTI já existentes poderão qualificar até 70% (setenta por cento) dos seus leitos de UTI, de acordo com os critérios estabelecidos no art. 25, da portaria supracitada.

8.2 Cálculo de Necessidade e Déficit de Leitos de Terapia Intensiva

- A população considerada para o cálculo da necessidade de leitos é igual a 75,5% da população total que é dependente do SUS;
- Leitos hospitalares totais: 2,5 leitos para cada 1.000 habitantes (Portaria MS/GM nº 1.101, de 12 de junho de 2002);
- Necessidade de leitos de UTI: 8% da necessidade total de leitos gerais;
- Necessidade de leitos de UTI de adultos: 86% da necessidade total de leitos de UTI;

- Necessidade de leitos obstétricos: 28% do total de leitos gerais;
- Necessidade de leitos de UTI obstétrica: 6% da necessidade de leitos de UTI de adultos;
- Necessidade de leitos de UTI de adulto menos UTI obstétrica;
- Leitos disponíveis para o SUS existentes segundo o CNES;
- Déficit = necessidade de leitos de UTI (menos UTI de adulto obstétrica) – leitos existentes de UTI.

9 SOS Emergências

O programa *SOS Emergências* é uma ação estratégica prioritária do Ministério da Saúde para a qualificação do Componente de Atenção Hospitalar da RUE, realizada em conjunto com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a melhoria da gestão e do atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) nas maiores e mais complexas portas de entrada hospitalares de urgência do SUS.

De acordo com a Portaria MS/GM nº 1.663, de 6 de agosto de 2012, são objetivos do programa SOS Emergências:

I – estimular a organização e a implantação da RUE, buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão do SUS para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança de modelo de atenção nos grandes prontos-socorros dos estabelecimentos hospitalares integrados ao SUS;

II – intervir de forma mais organizada, ágil e efetiva sobre a oferta do cuidado nas grandes emergências hospitalares do SUS;

III – assessorar tecnicamente a equipe do hospital participante do programa e oferecer capacitação para o aprimoramento da gestão do cuidado ao paciente em situação de urgência e emergência;

IV – apoiar as unidades hospitalares para a melhoria da gestão e da qualidade assistencial, por meio da implantação de dispositivos como a classificação de risco, gestão de leitos, implantação de protocolos clínico-assistenciais e administrativos, adequação da estrutura e ambiência hospitalar, regulação e articulação com o sistema de saúde; e

V – possibilitar a readequação física e tecnológica dos serviços de urgência e emergência da unidade hospitalar.

O programa teve início em novembro de 2011 e está implantado em 12 unidades hospitalares de referência regional. Já estão em processo de implantação mais dez unidades. A meta é que até 2014 atinja os 40 maiores prontos-socorros brasileiros em 26 estados e no Distrito Federal.

10 Atenção Domiciliar

A *Atenção Domiciliar* redefinida pela Portaria MS/GM nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde, tendo como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar, para a humanização da atenção à saúde, a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou a redução do período de permanência de usuários internados, viabilizando a disponibilização de leitos hospitalares para a retaguarda das urgências e a preservação dos vínculos familiares, além da ampliação da autonomia dos usuários e familiares para o cuidado em saúde. É uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes.

Deve estar estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a Atenção Básica como ordenadora e coordenadora do cuidado e da ação territorial, articulando-se com os pontos de atenção, com serviços de retaguarda e incorporada ao sistema de regulação, além de estar de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência. Deve também inserir-se nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência, adotando um modelo centrado no trabalho multiprofissional e interdisciplinar que estimule a participação ativa dos profissionais, usuários, familiares e cuidadores.

A Atenção Domiciliar tem por finalidade estruturar e organizar o cuidado no domicílio a partir de três modalidades (AD1, AD2, AD3) definidas a partir da condição clínica, da necessidade e do uso de equipamentos e da frequência de visitas domiciliares.

A assistência prestada na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica (incluindo equipes de saúde da família e núcleos de apoio à saúde da família), por meio de visitas regulares ao domicílio, devendo ocorrer, no mínimo, uma vez por mês. Nas modalidades AD2 e AD3, a assistência será de responsabilidade das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (Emad) e das equipes multiprofissionais de apoio (Emap) aos pacientes que necessitam de maior intensidade de cuidados, por meio de acompanhamento contínuo.

De acordo com a Portaria MS/GM nº 1.533, de 16 de julho de 2012, que altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 2.527/2011, citando os seguintes critérios como requisitos para que os municípios tenham *serviço de atenção domiciliar (SAD)*:

I – apresentar população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes, com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

II – cobertura de Samu ou possuir serviço móvel local de atenção às urgências; e

III – possuir hospital de referência no município ou na região que o integra.

Todos os municípios com uma Emad implantada poderão implantar uma Emap para suporte e complementação das ações de saúde da Atenção Domiciliar e, a cada 3 (três) Emad a mais, farão jus à possibilidade de implantar mais uma Emap. Após atingir a população de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, o município poderá constituir, sucessivamente, uma nova Emad a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes.

As Emad deverão ser organizadas a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida, e se relacionar com os demais serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde, em especial a Atenção Básica.

A Emad terá a seguinte composição mínima:

I – profissionais médicos com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas;

II – profissionais enfermeiros com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas;

III – profissional fisioterapeuta e/ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas;

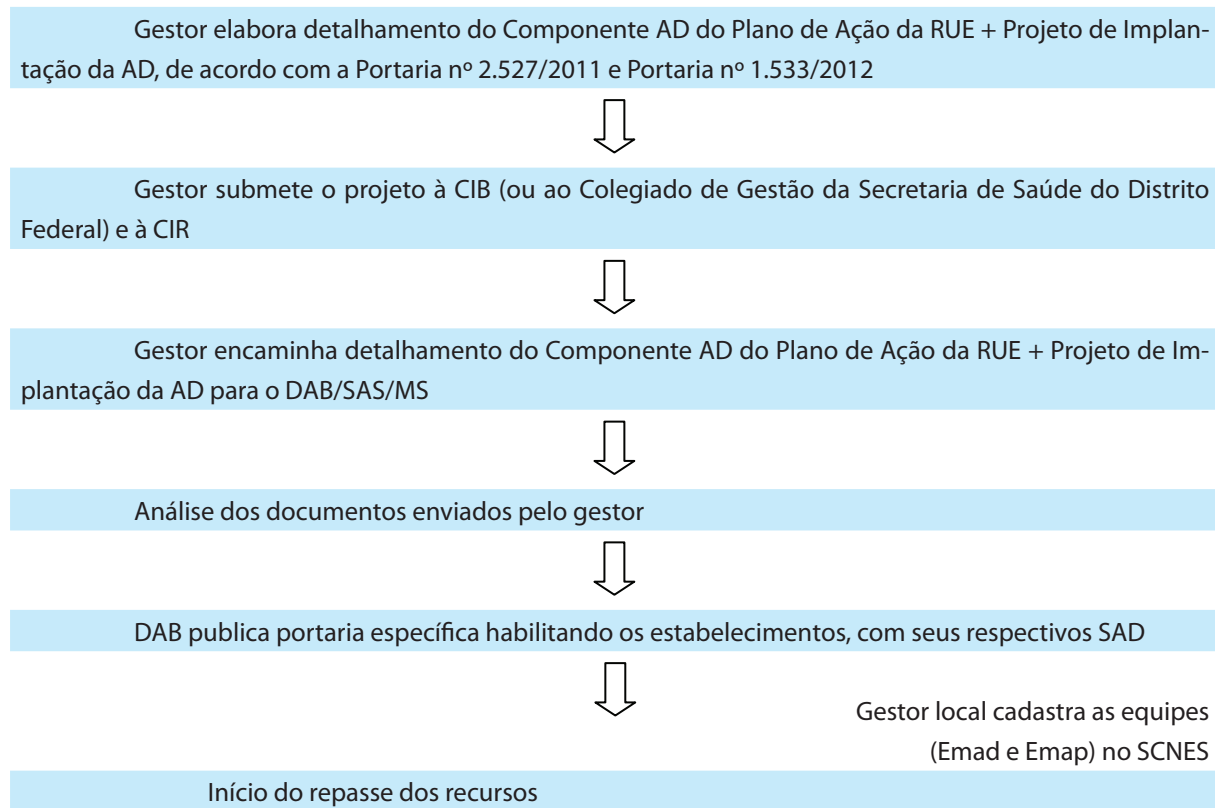
IV – auxiliares/técnicos de enfermagem com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas.

Obs.: nenhum profissional componente da Emad poderá ter carga horária semanal inferior a 20 (vinte) horas.

A Emap deverá ter uma composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cujo somatório das cargas horárias semanais dos componentes deve acumular, no mínimo, 90 (noventa) horas semanais: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional.

Obs.: nenhum profissional componente da Emap poderá ter carga horária semanal inferior a 20 (vinte) horas.

Etapas para Elaboração do Projeto e Habilitação do SAD: Fluxograma e Detalhamento da Atenção Domiciliar



10.1 Incentivo Financeiro

O incentivo financeiro para as equipes de atenção domiciliar se dá por meio de custeio no valor de *R\$ 34.560,00 por Emad implantada e R\$ 6.000,00 por Emap implantada.*

11 Força Nacional do SUS (FN-SUS)

A *Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS)* é um componente humanitário do SUS, estruturante para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, sob gestão do Ministério da Saúde. Foi aprovada mediante a Resolução nº 443, de 9 de junho de 2011, e deverá ser organizada na lógica de aglutinar esforços para garantir a integralidade da assistência em situações de risco ou emergenciais a que esteja exposta a população brasileira e, especialmente, os povos indígenas e grupos populacionais localizados em território de difícil acesso, devendo conduzir suas atividades segundo os princípios de equidade, integralidade e universalidade.

A FN-SUS deverá prover resposta rápida e eficiente em situações de calamidade e urgências específicas em todas as unidades federativas do território nacional e, extraordinariamente, em outros países, quando sua participação integrar ajuda humanitária que seja oficialmente solicitada à Presidência da República. Exemplos de situações elegíveis para a atuação da FN-SUS: alagamentos e seca, desabamentos, enchentes, incêndios, epidemias/pandemias, acidentes nucleares, eventos com grande concentração de pessoas, como a Copa do Mundo e as Olimpíadas.

Ainda quanto à estruturação, a FN-SUS contará com hospitais de campanha para o atendimento às vítimas de calamidade, podendo realizar, inclusive, cirurgias e estabilização de pacientes críticos/gravemente em terapia intensiva, para posterior encaminhamento para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Além disso, terá suporte de veículos de intervenção rápida e ambulâncias para assistência e remoção de suporte básico e avançado à vida.

Compete ao Ministério da Saúde, como gestor da FN-SUS:

I – definir as diretrizes operacionais de atuação da FN-SUS;

II – convocar e coordenar a FN-SUS para atuar nos casos de declaração de *emergência em saúde pública de importância nacional* (Espin) e em outras situações de emergência em saúde pública;

III – definir os critérios e mecanismos para avaliar as solicitações de apoio da FN-SUS por parte dos estados, municípios e do Distrito Federal quando esgotadas suas capacidades de resposta em situações de emergência em saúde pública;

IV – estabelecer as diretrizes de seleção, educação permanente e qualificação para a FN-SUS;

V – manter cadastro de profissionais integrantes da FN-SUS para que sejam convocados e mobilizados para atuação na resposta sempre que se fizer necessário;

VI – manter cadastro de pesquisadores e especialistas em saúde, instituições e serviços que compõem as respostas coordenadas às emergências em saúde pública;

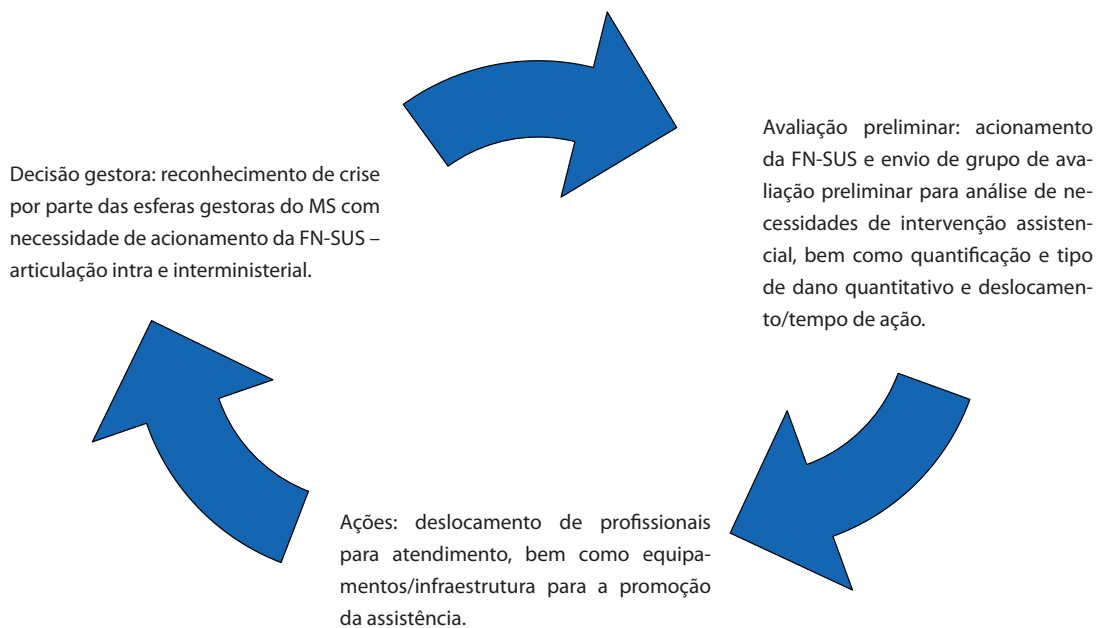
VII – articular-se com as demais instâncias do SUS na provisão de força de trabalho, de logística e de recursos materiais para assegurar a execução das ações de saúde da FN-SUS;

VIII – solicitar apoio de outros órgãos e entidades federais na operacionalização da resposta às emergências em saúde pública e desastres; e

IX – celebrar contratos, convênios e instrumentos de cooperação para assegurar a força de trabalho, a logística e os recursos materiais.

A Portaria nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011, regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de emergência em saúde pública de importância nacional (Espin) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS).

O protocolo para acionamento para a FN-SUS segue:



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2994, de 13 de dezembro de 2011**. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111069-2994.html>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v.12, n.2, jun. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO EM GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: <www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em 22 nov. 2012.

Anexo A – Principais Portarias Ministeriais da RUE para Consulta

- **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010:** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
- **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011:** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.
- **Portaria nº 344, de 19 de fevereiro de 2002:** Institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: mobilizando a sociedade e promovendo saúde.
- **Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004:** Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.
- **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011:** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012:** Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
- **Portaria nº 443, de 9 de junho de 2011:** Aprovar a criação da Força Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), sob a gestão do Ministério da Saúde. A Força Nacional de Saúde do SUS deverá ser organizada na lógica de aglutinar esforços para garantir a integralidade da assistência em situações de risco ou emergenciais a que esteja exposta à população brasileira, e, especialmente, os povos indígenas e grupos populacionais localizados em território de difícil acesso, devendo conduzir suas atividades segundo os princípios de equidade, integralidade e universalidade.
- **Portaria nº 1.171, de 5 de junho de 2012:** Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

- **Portaria nº 2.648, de 07 de novembro de 2011:** Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
- **Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011:** Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- **Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011:** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- **Portaria nº 1.533, de 15 de julho de 2012:** Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- **Portaria nº 1.663, de 06 de agosto de 2012:** Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).
- **Portaria nº 2.994, de 23 de dezembro de 2011:** Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.
- **Portaria 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.
- **Consulta Pública nº 17, datada de 29 de agosto de 2012:** Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de publicação desta Consulta Pública, para que sejam apresentadas contribuições relativas ao texto da “Linha de Cuidado ao Trauma”.
- **Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012:** Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Fonte principal: Myriad Pro
Tipo de papel do miolo: Couche fosco 150 gramas
Impresso por meio do contrato 28/2012
OS 2013/0136
Brasília/DF, janeiro de 2013



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

