



RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.520, DE 19 DE MAIO DE 2021.

Dispõe sobre a atualização das regras gerais da Rede de Urgência e Emergência, no Estado de Minas Gerais.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 1º, da Constituição Estadual, e os incisos I e II, do artigo 46, da Lei Estadual nº 23.304, de 30 de maio de 2019 e, considerando:

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

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

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.414, de 19 de maio de 2021, que dispõe sobre a atualização da Rede de Urgência e Emergência, no Estado de Minas Gerais.

RESOLVE:



Art. 1º - Estabelecer as regras gerais das Redes de Urgência e Emergência, no Estado de Minas Gerais.

Art. 2º - A Rede de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais, em consonância com o Ministério da Saúde, é composta por:

- I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- II – Atenção Básica em Saúde;
- III - Leitos de Retaguarda da Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- IV - Atenção Domiciliar;
- V - Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial;
- VI - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- VII - Suporte Aéreo Avançado de Vida - SAAV;
- VIII - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
- IX - Unidades Hospitalares (Pontos de atenção hospitalar classificados de acordo com sua tipologia e função na Rede);
- X - Hospitais de Transição, Hospitais de Cuidados Prolongados (HCP) e Unidades de Cuidados Prolongados (UCP);
- XI - Comitê Gestor Regional das Urgências e Emergências e Grupo Condutor Estadual das Urgências e Emergências; e
- XII - Linhas de Cuidado Prioritárias (Cerebrovascular, com ênfase no AVC, Cardiovascular e Traumatológica).

§ 1º – A Rede de Urgência e Emergência terá abrangência Macrorregional de acordo com o Plano Diretor Regional (PDR) vigente, podendo apresentar variações de acordo com especificidades regionais e de acordo com a oferta de ações e serviços de saúde.

§ 2º – Os componentes descritos nos incisos IV em diante serão objeto de regulamentação específica.

Art. 3º - O modelo para a abordagem inicial na atenção das condições agudas nos serviços de urgência e emergência é o Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR).



§ 1º – O Protocolo de Manchester, atualizado por órgãos competentes, deverá ser utilizado como linguagem única em todos os pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência.

§ 2º - O protocolo de ACCR em obstetrícia deverá ser utilizado para o Acolhimento nas Urgências e Emergências Obstétricas.

Art. 4º - O Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído:

I - a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e o Complexo Hospitalar, devendo compor uma rede organizada de atenção às urgências;

II - o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares compreende as unidades de pronto atendimento que prestam ações e serviços de Urgência e Emergência e não são contempladas pelo programa Ministerial UPA 24hrs; e

III - a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e os Serviços de Urgência 24 Horas devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade ou acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde.

Art. 5º - O Componente Atenção Domiciliar é compreendido pela Atenção Domiciliar e Serviço de Atenção Domiciliar:

I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde, caracterizada por um conjunto de ações que envolvem a prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados; e

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados nos diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais responsáveis pelo cuidado no domicílio.



Art. 6º - O Programa Rede Resposta às Urgências e Emergências, se configura como uma iniciativa Estadual com o objetivo de fortalecer as Portas de Urgência e Emergência no âmbito da Política de Atenção Hospitalar - Valora Minas.

Parágrafo único - São objetos do Programa Rede Resposta às linhas de cuidado prioritárias (AVC, IAM e Trauma-ortopedia) e as especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, ortopedia, neurologia e cardiologia.

Art. 7º - O Componente Hospitalar da Rede de Urgência e Emergência será constituído por:

I - Programa Estadual Rede Resposta às Urgências e Emergências: configura-se iniciativa do Estado de Minas Gerais que tem por objetivo contribuir para o fortalecimento da assistência hospitalar às urgências e emergências de forma regionalizada e condizente com as demandas da população, em conformidade com a legislação específica do Programa;

II – Programa Federal Portas de Entrada Hospitalares de Urgência: são serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto (24 Horas por dia/7 dias por semana) ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, cardiovasculares e cerebrovascular. São Hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde;

III - Leitos de Retaguarda: São leitos habilitados pelo Ministério da Saúde, que visam proporcionar a retaguarda e continuidade do cuidado aos pacientes oriundos dos serviços de urgência e emergência. São Leitos de Enfermaria Clínica, Leitos de UTI Adulto e UTI Pediátrica, Leitos de Cuidados Prolongados (UCP/HCP), Leitos de Unidade Coronariana (UCO) e Leitos em Centros de Atendimento de Urgência aos usuários com AVC (Leitos em Unidade de AVC);

IV - Linhas de Cuidado Prioritárias: Cardiovascular (com ênfase no Infarto Agudo do Miocárdio/IAM), Cerebrovascular (com ênfase no Acidente Vascular Cerebral/AVC) e Traumatológica);

V - Hospitais de Transição: Módulo dos Hospitais Plataforma da Política de Atenção Hospitalar – Valora Minas. Os hospitais de transição são instituições que promovem a assistência em cuidados paliativos, cuidados crônicos, reabilitação e são retaguarda de hospitais de maior complexidade e têm por objetivo completar o período de convalescença e recuperação, além de otimizar a capacidade funcional do paciente, realizando atendimento multidisciplinar 24 horas por dia; e



VI - Hospitais/Unidades de Cuidados Prolongados: constituem em uma estratégia de cuidado intermediária 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.

Art. 8º - O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado de urgência para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

Parágrafo único - As Centrais de Regulação de Urgência (CRU) através do trabalho integrado às Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial constitui-se como a estrutura ordenadora e orientadora dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema, através da qual as solicitações são recebidas, avaliadas e direcionadas.

Art. 9º - O Serviço de Suporte Aéreo Avançado de Vida (SAAV) constitui-se como unidades aeromédicas do componente SAMU 192 da Rede de Atenção às Urgências e Emergências com o intuito de auxiliar a execução dos atendimentos aéreos de urgências e emergências nos transportes pré-hospitalar, inter-hospitalar (atendimento secundário), além do órgãos e tecidos para transplantes, bem como a equipe responsável e apoio à Força Estadual de Saúde em casos de calamidade pública em conformidade com as políticas de saúde adotadas no âmbito da SES-MG e Ministério da Saúde. Constitui-se com os seguintes objetivos:

I - compor o Componente SAMU 192 da Rede de Urgência e Emergência do SUS-MG;

II - realização de transporte pré-hospitalar regulado pelo SUS quando a gravidade do quadro clínico do paciente exigir uma intervenção rápida e as condições de trânsito tornem o transporte terrestre muito demorado ou transporte em grandes distâncias em um intervalo de tempo aceitável considerando as condições clínicas do paciente;



III - viabilizar o transporte inter-hospitalar alinhado às diretrizes do Sistema Estadual de Regulação no âmbito do SUS-MG;

IV - reduzir o tempo-resposta nas situações de urgência e emergência em saúde;

V - reduzir as mortes e complicações evitáveis;

VI - aperfeiçoar o serviço de atendimento pré-hospitalar no âmbito do componente SAMU 192; e

VII - viabilizar o transporte de órgãos, tecidos e equipes alinhados ao Sistema Estadual de Transplantes.

Art. 10 – De acordo com o Projeto Estadual de Regulação do Estado, aprovado por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 318, de 07 de dezembro de 2006, o Governo do Estado de Minas Gerais, objetivando atender as demandas relacionadas à Saúde no estado e provendo a assistência qualificada e em tempo oportuno, principalmente nas situações de urgência, definiu, como uma das prioridades de sua gestão, a implantação de um Sistema Estadual de Regulação

Assistencial, por meio da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG).

§ 1º - O Sistema Estadual de Regulação Assistencial foi operacionalizado pela criação das Centrais Regionais de Regulação Assistencial, que utilizam como sua principal ferramenta o software de regulação do acesso SUSfácilMG para realizar a regulação das urgências e emergências, bem como dos procedimentos eletivos.

§ 2º - As Centrais Regionais de Regulação Assistencial (CR's) são estruturas operacionais criadas e mantidas pelo Estado de Minas Gerais para administrar a constante tensão entre a demanda por medidas hospitalares e a oferta dos serviços que estão na cobertura do SUS. Realizam essa espécie de providência, de modo a priorizar o atendimento dos casos que chegam à Urgência/Emergência da Rede Pública de Saúde, como o intuito de garantir o acesso ao recurso necessário ao quadro clínico no menor tempo possível.

§ 3º - No Estado, existem 13 Centrais Regionais de Regulação Assistencial, implantadas entre janeiro de 2006 e junho de 2017, com circunscrições territoriais de atuação nas Macrorregiões de Saúde deste Estado, cuja localização das mesmas estão apresentadas na tabela I:

Tabela I — Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial do Estado de Minas Gerais



CENTRAIS MACRORREGIONAIS DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL	
CIDADE DE LOCALIZAÇÃO	CIRCUNSCRIÇÃO TERRITORIAL DE ATUAÇÃO (MACRORREGIÃO)
(1) Montes Claros	Norte
(2) Teófilo Otoni	Nordeste
	Jequitinhonha
(3) Alfenas	Sul
(4) Barbacena	Centro-Sul
(5) Belo Horizonte	Centro
(6) Divinópolis	Oeste
(7) Governador Valadares	Leste
(8) Ipatinga	Vale do Aço
(9) Juiz de Fora	Sudeste
(10) Patos de Minas	Noroeste
(11) Ponte Nova	Leste do Sul
(12) Uberaba	Triângulo do Sul
(13) Uberlândia	Triângulo do Norte

Fonte: Diretoria de Regulação de Urgência e Emergência - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Art. 11 – A implantação e respectivas atualizações das Redes de Urgências e Emergências no Estado de Minas Gerais poderá ser feita por componente.

Parágrafo único - Para o Rede Resposta às Urgências e Emergências seguirá a metodologia do Plano de Ação Regional (PAR) e Política de Atenção Hospitalar atendendo os critérios específicos da Política.

Art. 12 – O monitoramento dos Programas da Rede de Urgência e Emergência é de responsabilidade:

I - da Secretaria Municipal de Saúde/SMS;

II - da Coordenação Estadual de Atenção às Urgências e Emergências/SRAS/SESMG;



III - da Coordenação Estadual dos Serviços Móveis de Urgência e Emergência/SRAS/SES-MG;

IV - da Subsecretaria de Regulação em Saúde/SUBREG/SES-MG;

V - das Comissões de Acompanhamento da Reunião Regional de CIB Macro, conforme legislação vigente;

VI - do Comitê Gestor Regional das Urgências;

VII - do Grupo Condutor Estadual;

VIII - da CIB Macro;

IX - do Grupo Condutor Estadual de Atenção Hospitalar no âmbito do Estado de Minas Gerais; e

X - dos Comitês Gestores Regionais de Atenção Hospitalar.

Art. 13 – Compete às Secretarias Municipais de Saúde/SMS:

I – planejar e implantar, em conjunto com o Comitê Gestor Regional às Urgências, as ações e políticas da Rede de Atenção às Urgências e Emergências;

II – monitorar a efetividade da grade assistencial de referência e promover a discussão no âmbito do Comitê Gestor Regional;

III - formalizar instrumento contratual com a SES-MG, no que couber;

IV – garantir a contrapartida financeira municipal;

V - especificamente em relação ao SAMU 192, o município sede de base descentralizada deve garantir o custeio desta unidade;

VI - participar dos espaços de discussão e pactuação dos componentes da Rede de Urgência;

VII - articular junto à SES os pleitos para habilitação/financiamento dos componentes da Rede de Urgência e Emergência; e

VIII - participar ativamente do transporte interunidades dos pacientes que estiverem fora do escopo de atuação das Centrais de Regulação das Urgências e das Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial.

Art. 14 – Compete às SMS sede do Estabelecimento de Saúde do Programa da Rede de Urgência e Emergência:

I – formalizar termo contratual com o estabelecimento de saúde beneficiário do programa, no que couber;



II – repassar os recursos financeiros à entidade participante do programa em prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, a contar do repasse da SES;

III – não substituir fonte de financiamento; e

IV – enviar, mensalmente, a planilha de relatório de acompanhamento do SAMU 192 Municipal.

Art. 15 – São obrigações dos Consórcios Gerenciadores do SAMU 192 regionais:

I - garantir a prestação de serviços adequados nos termos do contrato celebrado com a SES/MG e da legislação aplicável em observância às prioridades, objetivos e condições determinadas pela SES-MG;

II - buscar continuamente o aperfeiçoamento da qualidade dos serviços, de acordo com a legislação atual e superveniente;

III - operar e manter as unidades e serviços que compõem a estrutura operacional do SAMU 192 em conformidade com o previsto nas legislações vigentes;

IV – adotar tecnologia adequada e empregar materiais, equipamentos, instalações e métodos operativos que, atendidas as normas técnicas permanentes, garantam a prestação de serviço adequado ao pleno atendimento à população;

V – realizar o gerenciamento do SAMU 192, garantindo a manutenção contínua do serviço de forma satisfatória, levando o atendimento ágil e de qualidade à população, obedecendo as normas previstas em contrato e nas legislações vigentes;

VI - executar ações que objetivem a manutenção e conservação dos equipamentos e instalações;

VII - aceitar, sem restrições, a fiscalização da SES/MG, no que diz respeito ao fiel cumprimento das condições e cláusulas pactuadas em contrato;

VIII - disponibilizar à SES-MG, de forma ágil e diligente, sempre que solicitado, documentos e informações pertinentes ao serviço prestado;

IX - informar à SES-MG sobre qualquer operação financeira ou judicial em que faça recair garantia sobre os bens vinculados à prestação dos serviços e/ou que possam comprometer a operacionalização e a continuidade da prestação dos serviços;



X - possibilitar o acesso de membros dos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios consorciados e do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES/MG) a documentos, informações e serviços objetos deste contrato;

XI - apresentar, conforme regras estabelecidas por contrato vigente, o 'Relatório Contábil-Financeiro' ao Comitê Gestor e ao Fiscal do Contrato;

XII - encaminhar, mensalmente, conforme regras estabelecidas em contrato e demais legislações, o 'Relatório de Acompanhamento de Medição dos Indicadores' ao Gestor do Contrato e, simultaneamente, à(s) Unidade(s) Regional(is) de Saúde (URS) vinculada(s) à área de atuação do CONSÓRCIO;

XIII - prover banco de dados e estatísticas atualizados, referentes aos atendimentos de urgência, dados médicos e dados de situações de crise bem como os dados de transferência pré hospitalar e inter-hospitalar de urgência;

XIV - disponibilizar para as à(s) Unidade(s) Regional(is) de Saúde (URS) vinculada(s) à área de atuação do CONSÓRCIO os dados da produção assistencial vinculada ao objeto deste Contrato de Prestação de Serviços nos subsistemas de informação do DATASUS; e

XV - disponibilizar para à(s) Unidade(s) Regional(is) de Saúde (URS) vinculada(s) à área de atuação do CONSÓRCIO as informações atualizadas para o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA);

Art. 16 – Compete à Coordenação Estadual de Atenção às Urgências e Emergências, sediada no nível central da SES-MG em parceria com a Coordenação de Atenção à Saúde, no nível regional da SES-MG:

I – planejar, implantar as ações e políticas do Rede Resposta às Urgências e Emergências;

II – autorizar o repasse dos recursos financeiros aos Fundos Municipais de Saúde;

III – monitorar as metas e compromissos qualitativos e quantitativos preconizadas em legislação específica de cada programa; e

IV - acompanhar a execução dos Termos a serem celebrados com os Municípios e entidade com fundamento nesta Resolução, por meio do Sistema Eletrônico SiG-RES ou outro sistema vigente, conforme Decreto nº 45.468/2010.



Art. 17 - Compete à Coordenação Estadual de Serviços Móveis de Urgência e Emergência, sediada no nível central da SES-MG, em parceria com a Coordenação de Atenção à Saúde, no nível regional da SES-MG:

- I – planejar, implantar as ações e políticas do Programa SAMU 192;
- II – monitorar os compromissos, indicadores e metas previstos em legislação específica do programa;
- III – monitorar o repasse dos recursos financeiros aos Fundos Municipais de Saúde e/ou conta específica;
- IV - acompanhar a execução dos Termos a serem celebrados com os Municípios, por meio do Sistema Eletrônico SiG-RES, conforme Decreto nº 45.468/2010;
- V – acompanhar a execução do instrumento contratual a ser celebrado conforme previsto nas normativas específicas com o co-gestor das unidades aeromédicas do serviço de urgência e emergência;
- VI - acompanhar a execução dos Contratos a serem celebrados com os Consórcios gerenciadores do SAMU 192 Regional conforme previsto nas normativas específicas; e
- VII – instruir e acompanhar ações relacionadas ao SAMU 192 junto ao Ministério da Saúde.

Art. 18 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 19 de maio de 2021.

FÁBIO BACCHERETTI VITOR
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE



ANEXO I DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.520, DE 19 DE MAIO DE 2021.

FLUXO *FAST TRACK* NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

I – CONCEITO

O *Fast Track* é um método derivado de protocolos de triagem e de acolhimento com classificação de risco em emergências, como o protocolo de Manchester. Consiste em uma ferramenta de fluxo rápido de triagem/acolhimento e atendimento em unidades de saúde.

II – OBJETIVOS DO *FAST TRACK*

- Reduzir o tempo de espera para atendimento dos pacientes de baixa complexidade e a superlotação de forma segura;
- Definir uma metodologia de ajustes centrados em processos, não em pessoas/profissionais;
- Otimizar os serviços prestados;

III – PLANEJAMENTO DO *FAST TRACK*

O *Fast Track* deve reordenar o atendimento, preferencialmente, sem o aumento de pessoal/equipe, separando o fluxo dos pacientes de menor risco e necessidade de recursos.

A organização dos atendimentos e fluxos assistenciais devem ser orientados pelo Protocolo de Manchester, recomenda-se que a área física seja reorganizada por perfil de complexidade dos pacientes.

O fluxo de atendimento *Fast Track* deve ser sequencial. O paciente deverá, preferencialmente, ser manejado para a próxima esfera da cascata de atendimento, sem aguardar ou circular desnecessariamente por outros ambientes do serviço.

Orienta-se designar profissionais dedicados exclusivamente para o acolhimento, indicação do fluxo diferenciado para pacientes com sintomas respiratórios e atendimento.

Além disso, deve-se separar espaços distintos para: Acolhimento com Classificação de Risco, Avaliação, Consulta, Realização de exames complementares, Administração de Medicamentos e Inalação.

Realizar o Acolhimento com Classificação de Risco, pelo Protocolo de Manchester para TODOS os pacientes, na porta de entrada do serviço e encaminhamento subsequente para atendimento, objetivando diminuir o fluxo de pessoas em circulação, o tempo de contato entre pacientes.

IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS



Recomenda-se a implementação da Metodologia *Fast Track* em todos os serviços de Urgência e Emergência que atendem à demanda espontânea e referenciada.

Para os Hospitais contemplados pelo Programa Rede Resposta às Urgências e Emergências a utilização da metodologia *Fast Track* é obrigatória, tendo o compromisso de sua implantação em até 4 (quatro) meses após a publicação desta Resolução.



ANEXO II DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.520, DE 19 DE MAIO DE 2021.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

I – CONCEITO

Através do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), busca-se efetivar a equidade, viabilizando o acesso com a prioridade adequada, além de possibilitar a reorganização do processo de trabalho (Lacerda et al., 2019). Além da diminuição do risco de agravamento dos pacientes antes do primeiro atendimento, uma Classificação de Risco estruturada aumenta a satisfação do usuário e dos profissionais de saúde, além de racionalizar o consumo de recursos (Jimenez, 2003).

O ACCR, com validação científica, é uma ferramenta extremamente importante para identificação do risco clínico do paciente.

Para além de determinar a gravidade clínica do paciente, a classificação de risco é útil para organização da rede de atenção às urgências e emergências, pois define, em função do risco clínico, o tempo seguro para o atendimento, além do local ideal para o atendimento (Vilhena et al., 2006).

II – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PELO PROTOCOLO DE MANCHESTER

De acordo com o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2007), o Protocolo de Manchester parte da queixa principal do paciente. A partir da queixa, seleciona-se o fluxograma mais específico.

Os fluxogramas são organizados em discriminadores que possuem uma definição prévia e estão baseados nas boas práticas da Urgência e Emergência e devem ser observados ou mensurados ou investigados.

A metodologia define que a avaliação é feita pela determinação da prioridade mais alta na qual a pergunta proposta seja considerada positiva ou que não se exclua com segurança. O tempo médio para a realização da Classificação de Risco, segundo Protocolo de Manchester, é de três minutos.



Não é objetivo da metodologia qualquer tentativa de estabelecer uma presunção diagnóstica.

III - OBJETIVOS GERAIS

Cordeiro Júnior (2014) apresenta os seguintes objetivos do Acolhimento com Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester, a saber:

- Avaliar o paciente logo na sua chegada à unidade de saúde;
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, conforme a queixa clínica do paciente;
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades, conforme protocolo;
- Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários;
- Retornar informações a familiares.

IV – TEMPO ENTRE O ACCR E O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

	Prioridade	COR	TEMPO
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito Urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco Urgente	Verde	120 minutos
5	Não Urgente	Azul	240 minutos

V – PREMISSAS PARA A REALIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PELO SISTEMA DE MANCHESTER

A. COMPETÊNCIAS DO GESTOR:

O Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2015 e 2017) recomenda:

- Garantir que a implementação do Sistema contenha qualidade nos procedimentos e observância às questões operacionais padrão;
- Assegurar que apenas médicos e enfermeiros que possuam formação e registro nos órgãos próprios (CRM e COREN, respectivamente) sejam devidamente capacitados e certificados no método atualizado;



- Não permitir que profissionais não capacitados e devidamente certificados e apliquem o Sistema para prestar atendimento nos pontos de atenção às urgências/emergências;
- Garantir os investimentos necessários para o bom funcionamento da classificação de risco: que todos os pacientes que demandem atendimento em caráter de urgência e/ou emergência na instituição tenham seu risco clínico classificado, sendo necessária que a escala de profissionais classificadores (médicos ou enfermeiros) cubra todo o horário de funcionamento do serviço;
- **Assegurar que o tempo entre a chegada do paciente ao serviço até a Classificação de Risco não seja maior que dez minutos e que os tempos alvos preconizados pelo Protocolo de Manchester para a primeira avaliação médica estejam sendo cumpridos, de acordo com a gravidade clínica do paciente.**

B. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS NOS PONTOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2015 e 2017)

- Manual de classificação de risco (Livro: Sistema Manchester de Classificação de Risco. 2. ed. 2017);
- Termômetro (timpânico ou digital infravermelho);
- Glicosímetro;
- Monitor (saturímetro - adulto e pediátrico e frequência cardíaca);
- Relógio;
- Esfigmomanômetro e estetoscópio;
- Material para identificação da prioridade clínica do usuário (ex: pulseiras, adesivos etc.);
- Ficha de registro da classificação de risco.

VI – DIRETRIZES DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM PARA A REALIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A Resolução COFEN nº 661/2021 estabelece as seguintes diretrizes para a realização do Acolhimento com Classificação de Risco:

A classificação de Risco e priorização da assistência é privativa do Enfermeiro (no âmbito da equipe de enfermagem).

Para executar a Classificação de Risco e Priorização da Assistência, o Enfermeiro deverá ter curso de capacitação para o Protocolo de Manchester, além de consultório em adequadas condições de ambiente e equipamentos para desenvolvimento da classificação.

Para garantir a segurança do paciente e do profissional responsável pela classificação, deverá ser observado o tempo médio de 04 (quatro) minutos por classificação de risco, com limite de até 15 (quinze) classificações por hora.



O Enfermeiro durante a atividade de Classificação de Risco não deverá exercer outras atividades concomitantemente, ou seja, o ENFERMEIRO DEVERÁ ESTAR EXCLUSIVO PARA O ACCR.

Certificação de 100% da equipe de classificadores na versão vigente do Protocolo

VI – ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES

De acordo com o Conselho Federal de Medicina,

Todo paciente que tiver acesso ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo, sob nenhuma justificativa, ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico (Resolução CFM 2.077/2014).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.048/2002 estabeleceu que “ao processo de triagem classificatória é vedada a dispensa de pacientes antes que estes recebam atendimento médico”.

Durante a triagem, o paciente é classificado com relação a um agravo à saúde e este pode ser redirecionado a uma consulta ou procedimento, ou então dispensado, tendo em vista que, de acordo com a Lei nº 12.842, que dispõe sobre o exercício de medicina, em seu art. 4º, inciso “XI”, é privativa do médico a tarefa de conceder “[...] alta médica nos serviços de atenção à saúde”. Sendo assim, a alta do paciente é ato exclusivo dos médicos.

A Resolução COFEN nº 564/2017, Art. 76, proíbe: “Negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco à integridade física do profissional”. O artigo reforça que não é atribuição do Enfermeiro da Classificação de Risco a dispensa de pacientes, uma vez que o paciente possui uma queixa aguda que pode se configurar em urgência e emergência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 661, de 09 de março de 2021, que atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco.

MINAS GERAIS. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Acolhimento, triagem e classificação de risco: manual de competência técnico-científica, ética e legal dos profissionais de enfermagem [texto] / Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. – Belo Horizonte: Coren-MG, 2020. 77 p.



ANEXO III DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.520, DE 19 DE MAIO DE 2021.

I – PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

O Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Atenção às Urgências e Emergências é um documento formal para orientação da implementação da Rede de Urgência e Emergência, bem como, um documento para fins de monitoração e avaliação desta implementação para o Grupo Condutor Estadual e para o Ministério da Saúde.

O PAR é composto por:

1. Diagnóstico Situacional;
2. Proposta do Plano de Ação Regional;
3. Resolução que institui o Grupo Condutor;
4. Deliberação CIB/SUS que aprova o PAR na Região.

Para elaboração do PAR, o Ministério da Saúde estabelece os critérios e parâmetros, em conformidade com a legislação vigente.

O Diagnóstico Situacional, deve ser elaborado considerando a Nota Informativa nº 1/2019, disponível em: <[SEI-MS-7367032-Nota-Informativa-1-2019.pdf \(saude.gov.br\)](#)>.

Os componentes contemplados pelo PAR fazem jus a incentivo de fonte Federal.

Considera-se como aditivo de PAR solicitações de novas propostas que acarretem incremento financeiro no Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências aprovado e publicado. Ressalta-se que nos aditivos deverá constar novo diagnóstico situacional, além da proposta da atualização do PAR.

As legislações dispostas no Quadro a seguir regem os critérios para habilitação, e assim para a realização da Proposta do PAR, a saber:

Quadro 1: Legislações que regem os critérios de habilitação dos serviços – PAR da Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Serviço/Componente	Portaria	Localização na PRT
--------------------	----------	--------------------



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Portas de Entrada Hospitalares de Urgência	1. Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM 2395/2011); e 2. Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM 2395/2011)	1. Cap. II do Título I e Anexo 2 do Anexo III (p. 45 e 87); e 2. Cap. II (p. 118), respectivamente
Leitos de retaguarda clínicos	1. Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM 2395/2011); e 2. Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM 2395/2011)	1. Cap. III do Título I (p. 45); e 2. Cap. II (p. 118), respectivamente
Leitos de UTI adulto/pediátrico	1. Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 / ANEXO-PACIENTE-CRITICO-OU-GRAVE.pdf (saude.gov.br) 2. Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM 2395/2011)	1. Título X (p. 71); e 2. Cap. II (p. 121), respectivamente
Leitos de Cuidados Prolongados	1. Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM 2395/2011); e 2. Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM 2809/2012)	1. Título XI (p. 71); e 2. Seção XI (p. 133), respectivamente
Leitos de Unidade de AVC	1. Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM 665/2012) 2. Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM 665/2012)	1. Cap. I, título VIII (p. 66) e Cap. II (p. 70); e 2. Anexo LXXXVIII (p. 338), respectivamente



Leitos de Unidade - UCO	1. Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM 2994/2011) e ANEXO-PACIENTE-CRITICO-OU-GRAVE.pdf (saude.gov.br) 2. Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM 2994/2011)	1. Título IX (p. 71); e 2. Anexo XIII (p. 177), respectivamente
-------------------------	---	---

Fonte: próprio autor.

II – PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA

Base legal:

- Ø Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria MS/GM nº 2.395/2011).
- Ø Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria MS/GM nº 2.395/2011).

Conceito/Descrição:

As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência “são os 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” (Portaria de Consolidação nº 3/2017).

Para que os serviços hospitalares sejam considerados estratégicos e situarem como Portas de Entrada na macrorregião, consoante o disposto na Portaria de Consolidação nº 3/2017, precisam atender aos critérios listados a seguir.

- Apresentar taxa de referência (atendimentos oriundos de outros municípios) mínima de 10%;
- Dispor de no mínimo 100 leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES);
- Dispor de habilitação em uma das linhas de cuidado: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, pediatria ou traumatologia-ortopedia (para hospitais especializados).

Contudo, caso o hospital não se enquadre em todos os requisitos, mas seja considerado estratégico como referência regional no PAR poderá ser beneficiado pelo custeio. Sendo assim, faz-se necessário criar uma justificativa de excepcionalidade.

Habilitação e custeio:

Para solicitação da habilitação ou alteração da tipologia, é necessário:



Apresentar a grade de referência pactuada e os estabelecimentos responsáveis pela retaguarda hospitalar para atendimentos às Linhas de Cuidado Prioritárias;

Apresentar taxa de referência dos hospitais, de dados registrados no SIH/SUS. Como se trata de porta de entrada hospitalar, **obrigatoriamente**, precisa atender demanda espontânea no qual deve apresentar produção no procedimento 03.01.06.011-8 Acolhimento com Classificação de Risco registrado no SIA/SUS.

Além dos critérios de habilitação anteriormente citados, no item “Conceito/Descrição”: Taxa de referência mínima de 10%, mínimo de 100 leitos e habilitação em linhas de cuidados prioritárias para a Rede de Atenção às Urgências, as instituições precisam se enquadrar em uma das três tipologias, Hospital Geral, Hospital Especializado tipo I ou Hospital Especializado tipo II. De acordo com a tipologia, os hospitais devem ser referência regional, se localizar em região com a cobertura populacional estipulada e dispor ou não de habilitação em alta complexidade. O detalhamento foi descrito no quadro a seguir.

Após publicação de Portaria do Componente pactuado no PAR, a DPPI aplicará os atos operacionais para programação dos recursos no âmbito da PPI/MG, como incentivo da Rede de Urgência e Emergência.

Quadro 2: Tipologia das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e seus critérios

Tipologia	Hospital Especializado Tipo II	Hospital Especializado Tipo I	Hospital Geral
Critérios de habilitação	Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento e deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de <u>501 mil habitantes</u> . Deve possuir, no mínimo, <u>dois serviços de referência</u> , habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumatologia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para uma ou mais Regiões de Saúde conforme PDR. Com cobertura populacional de <u>201 mil a 500 mil habitantes</u> . Deve possuir, no mínimo, <u>um serviço de referência</u> , habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumatologia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria	Hospital de referência para, no mínimo, uma Região de Saúde conforme o Plano Diretor Regional (PDR). Com cobertura de até <u>200 mil habitantes</u> . São estabelecimentos que possuem estrutura para realizar ações de <u>média complexidade</u> .
Recursos Humanos	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	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	Deve contar com equipe 24h composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anestesiológico, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos



Incentivo Financeiro Mensal	R\$ 300.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 100.000,00
-----------------------------	----------------	----------------	----------------

Fonte: Portaria de Consolidação nº3/2017 (Origem: Portaria 2.395/2011)

Em caso de mudança de tipologia em consonância com referência Pediátrica, deve-se contar com médico Pediatra 24h em todos os dias da semana e taxa de referência de no mínimo 10% para pacientes com idade entre 0 a 14 anos (BRASIL, 2019).

III – LEITOS DE RETAGUARDA

Base legal:

- Ø Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria MS/GM nº 2.395/2011).
- Ø Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria MS/GM nº 2.395/2011).

Conceito/Descrição:

Os Leitos de Retaguarda da Rede de Atenção às Urgências devem contribuir para a continuidade e integralidade do cuidado.

Deverão ser ampliados e/ou qualificados em enfermarias clínicas de retaguarda, leitos de Cuidados Prolongados e leitos de terapia intensiva (Adulto e Pediátrico).

É importante salientar que anteriormente a criação da proposta faz-se necessário calcular a necessidade de leitos da macrorregião, de acordo com o leito-especialidade, aprovado pelo Cap. II da Portaria de Consolidação MS/GM Nº 1/2017 (Origem: Portaria 1.631/2015).

Cálculo da Necessidade de Leitos

Realizado considerando os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, em conformidade com o Capítulo II da Portaria de Consolidação nº 1/2017 (Origem: Portaria 1.631/2015).

Figura 1: Fórmula de cálculo da necessidade de leitos

Fonte: Portaria de Consolidação nº 1/2017 (Origem: Portaria 1.631/2015).

Onde:

Ø NL^e = tipo de leito-especialidade,

Ø NI^e = o número de internações anuais esperadas para o tipo de leito-especialidade e, obtido através da equação: $NI^e = Pop^e * TI^e * FR^e$, sendo:

§ Pop^e = população de referência para aquele tipo de leito-especialidade



§ TI^e = taxa de internação esperada para aquele tipo de leito-especialidade,
§ FR^e = fator de ajuste para a taxa de recusa esperada para aquele tipo de leito-especialidade,

Ø $TMPc$ = tempo médio de permanência (dias) esperado para aquele tipo de leito-especialidade,

Ø ρ = taxa de ocupação esperada para aquele tipo de leito,

Ø Fnr = fator de ajuste para incorporação de internações de não residentes = (), sendo:

§ Plr = percentual de internações de residentes.

IV – ENFERMARIAS CLÍNICAS DE RETAGUARDA

Base legal:

Ø Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria MS/GM nº 2.395/2011).

Conceito/Descrição:

São considerados leitos clínicos de retaguarda para a Rede de Atenção às Urgências, os leitos para as seguintes especialidades: cardiologia, clínica geral, dermatologia, geriatria, nefrologia/urologia, neurologia e pneumologia. Esses leitos são para pacientes adultos (Clínica: 15 a 59 anos e Clínica: 60 anos e mais).

Exigências/Requisitos:

Conforme Portaria de Consolidação nº 6/2017, para serem consideradas qualificadas as enfermarias clínicas de retaguarda precisam atender aos critérios do Artigo 864, sendo eles:

- Adotar, utilizar e atualizar os protocolos clínicos;
- Contar com equipe compatível e com suporte 24 horas em todos os dias;
- Garantir a organização do trabalho de forma horizontal, em regime diarista com prontuário único para toda a equipe;
- Implantar a qualificação do cuidado, eficiência dos leitos, reorganização dos fluxos e processos e implantação de equipe de referência;
- Articular com o Serviço de Atenção Domiciliar;
- Realizar os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários;
- Implantar e/ou manter ações de educação permanente para equipes;
- Submeter-se a auditoria;
- Submeter todos os leitos para regulação pelas Centrais de Regulação de Leitos;
- Apresentar taxa de ocupação média mínima de 85%;
- Apresentar média de permanência de no máximo 10 dias de internação.

Habilitação e Custeio:



Para solicitação de habilitação e qualificação dos novos Leitos de Retaguarda Clínicos é necessário encaminhar ao Ministério da Saúde pelo SAIPS os seguintes documentos:

- Ofício do Gestor Municipal solicitando a habilitação e qualificação dos leitos;
- Print da tela do CNES à época da aprovação do PAR (Deliberação CIB-SUS/MG);
- Print da tela do CNES atual (**evidenciando a ampliação dos Leitos Clínicos**);
- Espelho de atualização do CNES, assinado pelo Gestor Municipal e autenticado.
- Apresentação do PAR atualizado com justificativa no cálculo da necessidade de leitos;

IMPORTANTE: Municípios sob gestão Estadual devem encaminhar a documentação para a URS que procederá a análise e enviará para a Coordenação Estadual de Atenção às Urgências e Emergências. Após, a documentação será encaminhada para o Ministério da Saúde. Caberá a equipe da Coordenação Estadual de Atenção às Urgências e Emergências acompanhar junto ao Ministério o processo de Habilitação/Qualificação.

Municípios que detêm a gestão de seus prestadores devem encaminhar a documentação diretamente para o Ministério da Saúde. No entanto, solicitamos que os municípios comuniquem o processo para as URS para que a SES/MG possa ter ciência dos pleitos.

Qualificação dos leitos clínicos

Nos casos em que já houver leitos de enfermaria clínicas disponibilizados para o SUS, com vistas a retaguarda da Rede de Urgências, os mesmos poderão ser qualificados da seguinte forma (Art. 865, PRT MS/GM Nº 6/2017):

I - Nos hospitais públicos, estaduais, distrital e municipais, será possível a qualificação de 1 (um) leito de enfermaria clínica já disponível para o SUS para cada 2 (dois) leitos novos disponibilizados para o SUS, especificamente para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências; e

II - Nos hospitais privados, conveniados ou contratados pelo SUS, será possível a qualificação de 1 (um) leito de enfermaria clínica já disponível para o SUS para cada 1 (um) leito novo disponibilizado para o SUS, especificamente para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências.

Custeio:

Leitos novos, de acordo com o Anexo LXIII da Portaria de Consolidação nº6/2017:

Incentivo anual = Número de leitos novos X 365 dias X R\$200,00 X 0,85 (85% de taxa de ocupação). Onde R\$200,00 = R\$300,00 - R\$100,00 (R\$100,00 foi o valor médio da diária de leitos clínicos de adultos no país em 2010), e considerando que além do incentivo, a internação será faturada e paga via SIH-SUS.



Leitos já existentes, de acordo com o Anexo LXIII da Portaria de Consolidação nº 6/2017:

Valor do incentivo anual = Número de leitos já existentes que estão sendo qualificados X 365 dias X R\$200,00 X 0,85% (85% de taxa de ocupação). Onde R\$200,00 = R\$300,00 - R\$100,00 (R\$100,00 foi o valor médio da diária de leitos clínicos de adultos no país em 2010), e considerando que a internação nestes leitos já é faturada e paga, e que o valor de R\$100,00 já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito.

Após publicação de Portaria do Componente pactuado no PAR, a DPPI aplicará os atos operacionais para programação dos recursos no âmbito da PPI/MG. A composição (AIH + Incentivo) dos recursos observará a fórmula acima e a condição de leito qualificado ou leito habilitado. Para os leitos habilitados (existentes) o valor correspondente a AIH já se encontra no custo médio programado na PPI. Para os leitos novos (qualificados) o valor da AIH será incorporado no custo médio da PPI e pago na lógica contratual existente.

Como a cota parte da AIH que gera crédito no faturamento hospitalar, obedecerá as regras de pagamento previstas em contrato.

V – LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (ADULTO E PEDIÁTRICA)

Base legal:

- Ø Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria MS/GM nº 2.395/2011).
- Ø Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria MS/GM nº 2.395/2011).
- Ø Anexo Paciente crítico ou Grave (Redação dada pelo DOU Seção 1, p. 58 de 15.06.2018) - [ANEXO-PACIENTE-CRITICO-OU-GRAVE.pdf \(saude.gov.br\)](#)

Conceito/Descrição:

A Resolução MS/ANVISA nº 7/2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, define:

- Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (UTI-A): UTI destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição;
- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P): UTI destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição;



- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista (UTIPm): UTI destinada à assistência a pacientes recém-nascidos e pediátricos numa mesma sala, porém havendo separação física entre os ambientes de UTI Pediátrica e UTI Neonatal.

A Unidade de Terapia Intensiva consiste em um serviço hospitalar, ininterrupto, responsável pelo cuidado intensivo e pela assistência multiprofissional, aos pacientes em gravemente enfermos.

A fim de prestar o cuidado ao paciente crítico ou grave, as UTI precisam ser organizadas, conferindo: acesso, acolhimento e resolubilidade, garantia do cuidado em diferentes níveis, qualificação e segurança da assistência, apoio a educação permanente, além de induzir a implantação da regulação, fiscalização, controle e avaliação no SUS (Portaria de Consolidação nº 3/2017).

Exigências/Requisitos para Habilitação/Qualificação

Os critérios de habilitação das UTI-A e UTI-P são dispostos separadamente no Anexo do Paciente Crítico ou Grave, segundo a Portaria de Consolidação nº 3/2017, mas aqui foram associados. Sendo eles:

- Leitos cadastrados no SCNES;
- O Hospital deve possuir no mínimo 60 leitos gerais ativos ou operacional, sendo que para hospitais especializados, o mínimo de 30 leitos gerais ativos ou operacional;
- Dispor na estrutura hospitalar de: Centro Cirúrgico, Serviço radiológico convencional, ultrassonografia portátil, ecodopplercardiografia, hemogasômetro 24 horas e laboratório clínico incluindo microbiologia;
- Garantir acesso em tempo hábil por meio da grade de referência oficial e validada pelas centrais de regulação: Cirurgia Cardiovascular, Vascular, Neurológica, Ortopédica, Urológica, Buco-Maxilo Facial, Radiologia Intervencionista, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Anatomia Patológica e Agência Transfusional 24 horas. Para as UTI-P há acréscimo de: Exame Comprobatório de fluxo sanguíneo encefálico e assistência clínica de genética;
- Cumprir as normas para ambiência e estrutura física da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Resolução MS/ANVISA nº 7/2010, ou outra que vier substituí-la).

Os critérios para qualificação das UTI-A e UTI-P são dispostos separadamente no Anexo do Paciente Crítico ou Grave, segundo a Portaria de Consolidação nº 3/2017, mas aqui foram associados. São eles:

- Adotar, utilizar e atualizar os protocolos clínicos;
- Implementação dos Protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- Contar com equipe compatível e com suporte 24 horas em todos os dias;
- Prontuário único compartilhado pela equipe;
- Adotar, utilizar e atualizar mecanismos de gestão clínica;
- Garantir a realização de procedimentos de acordo com a complexidade;
- Implantar e/ou manter ações de educação permanente para equipes;
- Suporte para demais especialidade nas 24 horas do dia, de todos os dias;
- Submissão do gestor local;



- Submeter todos os leitos para regulação pelas Centrais de Regulação de Leitos;
- Taxa de Ocupação média mensal de, no mínimo, 90%;
- Cumprir os requisitos de humanização.

Para habilitação/qualificação em uma das duas tipologias de UTI adulto (UTI-A tipo II ou III) os estabelecimentos precisam cumprir também os demais critérios dispostos na Seção II, Subseção II do Anexo [ANEXO-PACIENTE-CRITICO-OU-GRAVE.pdf \(saude.gov.br\)](#). Já para habilitação nas tipologias pediátricas, requer o que se pede no Capítulo IV, Seção II e subseção II, do mesmo anexo.

Habilitação

Para solicitação de qualificação dos novos Leitos de UTI Adulto, Pediátrica e Coronariana (Tipo II ou Tipo III) é necessário encaminhar ao Ministério da Saúde pelo Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) - www.saude.gov.br/saips - os seguintes documentos:

- Declaração do gestor de que o Estabelecimento de Saúde atende aos critérios da legislação vigente para a habilitação dos leitos de UTI constante nesta solicitação (Anexo II).
- Cópia da Deliberação CIB aprovando a Habilitação do quantitativo de leitos de UTI constante na solicitação.
- Anexar o relatório de vistoria in loco se o estabelecimento atende ao determinado na RDC Nº 07/2010 e RDC Nº 26/2012.

IMPORTANTE: Municípios sob gestão Estadual devem encaminhar a documentação para a URS que procederá a análise e enviará para a Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Após, a documentação será postada via SAIPS. Caberá a equipe da Coordenação Estadual de Urgência e Emergência acompanhar junto ao Ministério o processo de Habilitação/Qualificação.

Municípios que detêm a gestão de seus prestadores devem postar a documentação no SAIPS. No entanto, solicitamos que os municípios comuniquem o processo para as URS para que a SES/MG possa ter ciência dos pleitos.

Custeio

Leitos novos, de acordo com o Anexo LXIII da Portaria de Consolidação nº6/2017:

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

Leitos já existentes, de acordo com o Anexo LXIII da Portaria de Consolidação nº6/2017:



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

Após publicação de Portaria do Componente pactuado no PAR, a DPPI aplicará os atos operacionais para programação dos recursos no âmbito da PPI/MG. A composição (AIH + Incentivo) dos recursos observará a fórmula acima e a condição de leito qualificado ou leito habilitado. Para os leitos habilitados (existentes) o valor correspondente a AIH já se encontra no custo médio programado na PPI. Para os leitos novos (qualificados) o valor da AIH será incorporado no custo médio da PPI e pago na lógica contratual existente.

Como a cota parte da AIH que gera crédito no faturamento hospitalar, obedecerá as regras de pagamento previstas em contrato.

Os valores de leitos qualificados podem variar conforme regras de habilitação original do leito.

VI – LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOS

Base legal:

- Ø Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria MS/GM nº 2.809/2012)
- Ø Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria MS/GM nº 2.809/2012)

Conceito/Descrição:

Os Cuidados Prolongados são organizados como serviços de retaguarda, tanto para a RUE, quanto para as demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Constituem-se sobretudo, como um método para o cuidado intermediário, representando-se entre os cuidados hospitalares e atenção básica, e a atenção domiciliar antes do retorno ao domicílio.

Objetivo geral dos Leitos de Cuidados Prolongados: recuperação clínica e funcional, avaliação e reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

Os Leitos de Cuidados Prolongados podem ser organizados como uma Unidade de Internação em Cuidados Prolongados dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP), ou como Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). Para isso, devem dispor:

- UCP: devem possuir entre 15 a 25 leitos;
- HCP: devem possuir no mínimo 40 leitos;
- Ambos devem contar com acessibilidade e Sala Multiuso de Reabilitação, espaço destinado ao atendimento destes usuários para habilitação precoce e aceleração da desospitalização.

Parâmetro da necessidade de leitos de cuidados prolongados:



A necessidade de leitos hospitalares gerais é de 2,5 leitos gerais para cada 1.000 habitantes;

Os leitos de Cuidados Prolongados corresponderão a 5,62% da necessidade total de leitos hospitalares gerais, sendo distribuídos:

- 60% para internações em UCP e HCP; e
- 40% para cuidados em Atenção Domiciliar.

Excepcionalidade: em locais onde não haja Atenção Domiciliar poderá ser considerado, pelo Ministério da Saúde, um percentual diferenciado para déficit de leitos de internação em UCP ou HCP.

Habilitação

Para habilitação em UCP o estabelecimento hospitalar precisa:

- Possuir no mínimo 50 leitos cadastrados no SCNES com estrutura mínima ou referenciada de: serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, com laboratório de análises clínicas e serviço de radiologia com funcionamento ininterrupto, assistência: nutricional, farmacêutica, odontológica e terapia ocupacional, garantir acesso a todos os serviços necessários à complexidade do quadro do usuário.

Para habilitação em HCP o estabelecimento hospitalar precisa:

- Possuir no mínimo de 40 leitos com estrutura mínima ou referenciada de: serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, com laboratório de análises clínicas e serviço de radiologia com funcionamento ininterrupto, assistência: nutricional, farmacêutica e odontológica, garantia de acesso a todos os serviços necessários à complexidade do quadro do usuário;

Para implantação de UCP/HCP, o Hospital deve possuir projeto de implantação, conforme requisitos no Art. 949 da Portaria de Consolidação nº 6/2017.

Os critérios específicos para habilitação de UCP e HCP estão descritos na Portaria de Consolidação nº 1/2017, Capítulo II, Artigos 156 a 174.

Para solicitação da habilitação da UCP ou HCP deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde os seguintes documentos pelo SAIPS:

- Ofício de solicitação de habilitação da UCP ou HCP encaminhado pelo Gestor local com aprovação do Plano de Ação Regional da RUE pela CIB;
- Atualização do cadastro no SCNES com a criação e/ou ampliação de equipes multidisciplinares específicas para a UCP ou HCP;
- Projeto de implantação da UCP ou HCP e o projeto de implantação das UCP ou HCP deverá conter: I – Caracterização da situação de saúde regional, epidemiológica e demográfica; II – Especificação do número de UCP ou HCP e equipes que serão implantadas



ou ampliadas e, respectivo, impacto financeiro, considerando as contrapartidas estaduais e/ou municipais quando existirem;

- Descrição sobre infraestrutura, equipamentos, mobiliário das UCP ou HCP;
- Organização do processo de trabalho da (s) equipe (s);
- Organização da rede de atenção às urgências e emergências na região de saúde a qual a UCP ou HCP será retaguarda de acordo com Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- Definição de grades de referência entre os pontos de atenção da rede;
- Proposição de Plano de Educação Permanente para as equipes multidisciplinares da UCP ou HCP, incluindo proposta de orientação para cuidadores e familiares;
- Descrição de proposta de monitoramento e avaliação para UCP ou HCP;
- Descrição arquitetônica e funcional da Sala Multiuso de Reabilitação de acordo com o tipo de unidade;
- Planejamento de ações de forma conjunta e horizontal entre gestores, prestadores, trabalhadores da saúde e usuário;
- Levantamento de necessidades dos serviços na prestação e manutenção da assistência aos pacientes internados na UCP;
- Estabelecimento de metas quali quantitativas de acompanhamento do desempenho das equipes.

Custeio

O incentivo financeiro mensal para os serviços habilitados, com redução progressiva no valor das diárias são o seguinte (Origem Portaria MS/GM nº 2.042/2013):

I - 50% do total de diárias produzidas anualmente, por leito de UCP e HCP, com valor igual a R\$ 300,00 (trezentos reais);

II - 30% do total de diárias produzidas anualmente, por leito de UCP e HCP, com valor igual a R\$ 200,00 (duzentos reais);

III - 20% do total de diárias produzidas anualmente, por leito de UCP e HCP, com valor igual a R\$ 100,00 (cem reais)

Observação 1: O total de diárias produzidas será calculado a partir do número de leitos de UCP e HCP habilitados, considerando 85% de taxa de ocupação hospitalar.

Observação 2: Os percentuais estabelecidos nos incisos I a III acima informados, consideram, respectivamente, que 50% pacientes a serem internados em UCP e HCP, permaneçam internados 60 dias, 30% permaneçam internados de 61 a 90 dias, e 20% permaneçam internados por mais de 90 dias.

Após publicação de Portaria do Componente pactuado no PAR, a DPPI aplicará os atos operacionais para programação dos recursos no âmbito da PPI/MG, como incentivo da Rede de Urgência e Emergência.



VII – CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM AVC

Base legal:

- Ø Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria MS/GM nº 665/2012 e Portaria MS/GM nº 800/2015)
- Ø Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria MS/GM nº 665/2012 e Portaria MS/GM nº 800/2015)

Conceito/Descrição:

O atendimento de urgência em Unidades específicas (Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC), comprovadamente aumenta a rapidez e a qualidade da avaliação e manejo inicial, melhora a acurácia diagnóstica, aumenta a chance de o paciente receber terapia de reperfusão e diminui a morbimortalidade do AVC

Os Centros de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC são dispostos em 3 tipologias: I, II ou III.

Parâmetro da necessidade de leitos

Segundo a Portaria MS/GM nº 6/2017, o parâmetro de leitos em Centros de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC é de: “20 leitos ou fração para cada 800 internações AVC/ano”.

Exigências/Requisitos

Critérios para habilitação como Centro de Atendimento de Urgência tipo I

- Ser referência em atendimento aos pacientes com AVC e disponibilizar/realizar o procedimento com uso de trombolítico (procedimento: 03.03.04.030-0), conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT);
- Realizar atendimento de urgência todos os dias da semana e nas 24 horas do dia;
- Realizar exame de tomografia computadorizada de crânio nas 24 horas do dia;
- Dispor de equipe treinada coordenada por Neurologista, conforme o art.131;
- Disponibilizar protocolos assistenciais e clínicos;
- Possuir leitos monitorados para atendimento com AVC, com médico 24h e equipe treinada;
- Realizar serviço de laboratório clínico integral;
- Cobertura de atendimento neurológico, em até 30 minutos da admissão, podendo ser através de telemedicina/telessaúde especificada nos parágrafos 1º e 2º do artigo 131;
- Possuir Unidade de Terapia Intensiva;
- Equipe neurocirúrgica nas 24 horas do dia;
- Realizar tratamento hemoterápico.



Critérios para habilitação Centro de Atendimento de Urgência tipo II:

- Hospitais de referência para atendimento aos pacientes com AVC e que cumpra TODOS os requisitos da tipologia I (art. 131), além de:
 - Dispor de Unidade de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo), com área física definida e no mínimo 5 leitos exclusivos ao AVC agudo;
 - Realizar atendimento em até 72 horas de internação com tratamento endovenoso para os casos de AVC isquêmico;
 - Realizar atendimento multiprofissional (inclusive fisioterapia e fonoaudiologia);
 - Garantir tratamento da fase aguda coordenado por neurologista;
 - Dispor de eletrocardiograma, serviço de laboratório clínico em tempo integral e serviço de radiologia;
 - Garantia de acesso intermediado por termo de compromisso* para exames de: ressonância magnética, angiorressonância, ecodoppler transcraniano, neuroradiologia intervencionista, ultrassonografia doppler colorido de vasos, ecocardiografia transtorácico e transesofágico, ecocardiografia e angiografia; e
- Os demais recursos devem ser consultados na Portaria de Consolidação nº3/2017, art. 132, parágrafo 2º.

A **U-AVC Agudo** requer cuidado multiprofissional, habilitação de no mínimo 5 leitos para cuidado aos pacientes com AVC durante as primeiras 72 horas (fase aguda) com oferecimento de tratamento com trombolítico endovenoso, caso necessário.

Critérios para habilitação Centro de Atendimento de Urgência tipo III:

- - Hospitais de referência para atendimento aos pacientes com AVC e que cumpra TODOS os requisitos da tipologia I e II (art. 131 e 132), além de:
 - Dispor de Unidade de Cuidado Integral ao AVC (U-AVC Integral), que inclui a U-AVC agudo, compartilhando ou não o mesmo espaço;
 - Realizar atendimento da totalidade dos casos de AVC agudo admitidos, exceto aqueles com necessidade de Terapia Intensiva ou que for definido suporte com cuidados paliativos;
 - Tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa;
 - Dispor de ambulatório especializado;
 - Registrar e monitorar de indicadores assistenciais;
 - Os demais recursos devem ser consultados na PRT nº 3/2017, art. 133, parágrafo 2º.

A **U-AVC Integral** requer cuidado multiprofissional, habilitação de no mínimo 10 leitos para cuidado aos pacientes com AVC, coordenada por neurologista, até 15 dias de internação hospitalar e que lhes são atribuídos a continuidade do cuidado da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa da causa.

Habilitação



Para solicitação de habilitação dos Centros de Atendimento de Urgência Tipo I, Tipo II, ou Tipo III aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) é necessário encaminhar ao Ministério da Saúde pelo Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) - www.saude.gov.br/saips - os documentos de acordo com os Anexos III, IV e V.

IMPORTANTE: Municípios sob gestão Estadual devem encaminhar a documentação para a URS que procederá a análise e enviará para a Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Após, a documentação será postada via SAIPS. Caberá a equipe da Coordenação Estadual de Urgência e Emergência acompanhar junto ao Ministério o processo de Habilitação/Qualificação.

Municípios que detêm a gestão de seus prestadores devem postar a documentação no SAIPS. No entanto, solicitamos que os municípios comuniquem o processo para as URS para que a SES/MG possa ter ciência dos pleitos.

Os critérios específicos para habilitação de Centros de Atendimento aos pacientes com AVC estão descritos na Portaria de Consolidação nº 1/2017, Título III, Capítulo I, Artigos 131, 132, 133 e 134.

Custeio

O incentivo financeiro corresponde ao valor de R\$ 350,00 por dia por leito das U-AVC Agudo ou U-AVC Integral. Para a U-AVC Agudo serão custeadas a permanência máxima de 3 dias, enquanto, na U-AVC Integral, o incentivo custeará a permanência máxima de 15 dias de internação. Ainda, a legislação considera que só serão custeados os leitos das Unidades de AVC nas regiões metropolitanas com maior número de internações por AVC, considerando o parâmetro acima de 800 internações por AVC/no ano.

A memória de cálculo do incentivo dos leitos de U-AVC agudo e U-AVC integral são:

U-AVC AGUDO = Número de leitos da Unidade X R\$ 350,00 X 365 dias X 0,90 (90 % de taxa de ocupação);

U-AVC INTEGRAL = Número de leitos da Unidade X R\$ 350,00 X 365 dias X 0,85 (85 % de taxa de ocupação)

Após publicação de Portaria do Componente pactuado no PAR, a DPPI aplicará os atos operacionais para programação dos recursos no âmbito da PPI/MG, como incentivo da Rede de Urgência e Emergência.

VIII – UNIDADE CORONARIANA

Base legal:

- Ø Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria MS/GM nº 2.994/2011)



- Ø Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria MS/GM nº 2.994/2011)
- Ø Anexo Paciente crítico ou Grave (Redação dada pelo DOU Seção 1, p. 58 de 15.06.2018) - [ANEXO-PACIENTE-CRITICO-OU-GRAVE.pdf \(saude.gov.br\)](#)

Conceito/Descrição:

As Unidades Coronarianas (UCO) ou Unidade de Terapia Intensiva Coronariana são serviços destinados ao cuidado de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, na qual deve dispor de infraestrutura e recursos típicos de terapia intensiva, mas com localização em uma instituição capacitada. E consiste em um serviço integrante da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio.

Exigências/Requisitos

As UCO deverão ser habilitadas como tipo II ou tipo III, de acordo com os critérios de habilitação de Unidades de Terapia Intensiva II ou III e ainda contar com:

- O Hospital deverá ser habilitado como Unidade ou Centro de Referência de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular;
- Contar com Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cardiologia Intervencionista, de acordo com Portaria específica;
- Estar integrado com os demais pontos de atenção a urgências e emergências de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade ao paciente com Síndrome Coronariana Aguda;

Habilitação

Poderá ser habilitado um percentual mínimo de 20%, dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva Adulto tipo II ou III já existentes, como leitos UCO, de acordo com sua necessidade, desde que o hospital cumpra os critérios específicos dispostos na Portaria.

Para solicitação de qualificação dos novos Leitos de UTI Adulto, Pediátrica e Coronariana (Tipo II ou Tipo III) é necessário encaminhar ao Ministério da Saúde pelo Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) - www.saude.gov.br/saips - os seguintes documentos:

- Declaração do gestor de que o Estabelecimento de Saúde atende aos critérios da legislação vigente para a habilitação dos leitos de UTI constante nesta solicitação (Anexo II).
- Cópia da Deliberação CIB aprovando a Habilitação do quantitativo de leitos de UTI constante na solicitação.
- Anexar o relatório de vistoria in loco se o estabelecimento atende ao determinado na RDC Nº 07/2010 e RDC Nº 26/2012.

IMPORTANTE: Municípios sob gestão Estadual devem encaminhar a documentação para a URS que procederá a análise e enviará para a Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Após, a documentação será postada via SAIPS. Caberá a equipe da Coordenação



Estadual de Urgência e Emergência acompanhar junto ao Ministério o processo de Habilitação/Qualificação.

Municípios que detêm a gestão de seus prestadores devem postar a documentação no SAIPS. No entanto, solicitamos que os municípios comuniquem o processo para as URS para que a SES/MG possa ter ciência dos pleitos.

Custeio

O custeio para os leitos de UCO estão dispostos abaixo, conforme o anexo XIII da Portaria MS/GM nº 6/2017:

Valor do incentivo anual (leitos novos para UTI tipo II) = Número de leitos de UCO X 365 dias X R\$800,00 X 0,90 (90% de taxa de ocupação).

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

Após publicação de Portaria do Componente pactuado no PAR, a DPPI aplicará os atos operacionais para programação dos recursos no âmbito da PPI/MG. A composição (AIH + Incentivo) dos recursos observará a fórmula acima e a condição de leito qualificado ou leito habilitado. Para os leitos habilitados (existentes) o valor correspondente a AIH já se encontra no custo médio programado na PPI. Para os leitos novos (qualificados) o valor da AIH será incorporado no custo médio da PPI e pago na lógica contratual existente.

Como a cota parte da AIH que gera crédito no faturamento hospitalar, obedecerá as regras de pagamento previstas em contrato.

Os valores de leitos qualificados podem variar conforme regras de habilitação original do leito.

REFERÊNCIAS

BRASIL. COORDENAÇÃO-GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (CGUE). **Nota Informativa nº 1/2019-CGUE/DAHU/SAS/MS – Diretrizes para elaboração do PAR RUE**. Brasília, 2019. Disponível em: <[SEI-MS-7367032-Nota-Informativa-1-2019.pdf](https://seis.mg.gov.br/seis/SEI-MS-7367032-Nota-Informativa-1-2019.pdf) (saude.gov.br)>. Acesso em: 23 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017a. p. 255 Disponível em: <[Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)>. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017b. p.



926. Disponível em: <[PRC-5-Portaria-de-Consolida----o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf \(saude.gov.br\)](#)>. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017c. p. 348. Disponível em: <[Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](#)>. Acesso em: 29 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017d. p. 154. Disponível em: <[Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](#)>. Acesso em: 04 jan. 2021.

BRASIL. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2013. 86 p. Disponível em: <[Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde \(SUS\) \(saude.gov.br\)](#)>. Acesso em: 06 jan. 2021.

BRASIL. **Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, Serie Parâmetros SUS v. 1., 2015. p. 136. Disponível em: < [Parametros SUS 2015.pdf \(campinas.sp.gov.br\)](#)>. Acesso em: 07 jan. 2021.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - DATASUS. **Informações de Saúde – TABNET.** Disponível em: < [DATASUS](#) >. Acesso em: 13 jan. 2021.

MINAS GERAIS. **Valora Minas - Política de Atenção Hospitalar de Minas Gerais.** Disponível em: <[Microsoft Power BI](#)>. Acesso em: 13 jan. 2021.

REFERÊNCIAS

BRASIL. COORND E AÇÃO-GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (CGUE). **Nota Informativa nº 1/2019-CGUE/DAHU/SAS/MS – Diretrizes para elaboração do PAR RUE.** Brasília, 2019. Disponível em: <[SEI-MS-7367032-Nota-Informativa-1-2019.pdf \(saude.gov.br\)](#)>. Acesso em: 23 dez. 2020.



BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017a. p. 255 Disponível em: <[Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)>. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017b. p. 926. Disponível em: <[PRC-5-Portaria-de-Consolida----o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)>. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017c. p. 348. Disponível em: <[Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)>. Acesso em: 29 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017d. p. 154. Disponível em: <[Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)>. Acesso em: 04 jan. 2021.

BRASIL. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2013. 86 p. Disponível em: <[Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde \(SUS\) \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)>. Acesso em: 06 jan. 2021.

BRASIL. **Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, Serie Parâmetros SUS v. 1., 2015. p. 136. Disponível em: < [Parametros_SUS_2015.pdf \(campinas.sp.gov.br\)](http://campinas.sp.gov.br)>. Acesso em: 07 jan. 2021.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - DATASUS. **Informações de Saúde – TABNET.** Disponível em: < [DATASUS](http://datasus) >. Acesso em: 13 jan. 2021.

MINAS GERAIS. **Valora Minas - Política de Atenção Hospitalar de Minas Gerais.** Disponível em: <Microsoft Power BI>. Acesso em: 13 jan. 2021.



ANEXO IV DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.520, DE 19 DE MAIO DE 2021.

HOSPITAIS DE TRANSIÇÃO

Base Legal

- Resolução SES/MG nº 7.225/2020, que estabelece as normas gerais, as regras e os critérios de elegibilidade para o Módulo Hospitais Plataforma, da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas.

Conceito/Descrição

São espaços totalmente preparados para atender as necessidades de usuários que, durante algumas semanas ou meses, necessitam de cuidados e atendimento multidisciplinar 24 horas por dia, mas não carecem de uma infraestrutura hospitalar de maior complexidade.

Os hospitais de transição são espaços que promovem a assistência em cuidados paliativos, cuidados crônicos, reabilitação e são retaguarda de hospitais de maior complexidade e têm por objetivo completar o período de convalescença e recuperação, além de otimizar a capacidade funcional. Estão localizados em regiões em que é necessário a destinação de leitos à cuidados prolongados e integrados.

Classificação dos Hospitais de Transição

Há dois tipos de Hospitais de Transição:

- Tipo II (Reabilitação físico-funcional, cuidados crônicos e paliativos): São hospitais que desenvolvem ações e serviços de saúde vinculados à reabilitação físico-funcional, cuidados crônicos e paliativos. Este módulo é precursor da habilitação Ministerial como Unidade/Hospital de Cuidados Prolongados ou Hospital de Cuidados Prolongados (UCP/HCP) e atendem usuários provenientes de Hospitais de Relevância Estadual, Macro e Microrregional como referência para continuidade da assistência; e

- Tipo I (cuidados crônicos e paliativos): Este módulo é composto por instituições que atendam usuários provenientes de Hospitais de Relevância Estadual, Macro e Microrregional como referência para continuidade da assistência, sendo desejável que os hospitais elegíveis para o módulo atendam aos critérios de habilitação Ministerial como Unidade/Hospital de Cuidados Prolongados ou Hospital de Cuidados Prolongados (UCP/HCP).

Crítérios - Hospitais de Transição Tipo II

Serão considerados hospitais de Transição – Tipo II aqueles que cumprirem os seguintes critérios:



- I - Não ser contemplado pelo módulo Valor em Saúde;
- II - Ser público ou filantrópico (destinar minimamente 60% dos leitos para o SUS);
- III - Ter leitos SUS maior ou igual a 40 leitos;
- IV - Estar situado em microrregiões em que há necessidade de leitos hospitalares para cuidados prolongados e integrados conforme disposto no Anexo I da Resolução SES/MG nº 7.225/2020; e
- V - Possuir Equipe multiprofissional conforme disposto no Anexo II da Resolução SES/MG nº 7.225/2020 ou se comprometer a estruturá-la imediatamente após ser publicada deliberação específica com a listagem de beneficiários.

Excepcionalmente, caso o hospital não atenda ao critério disposto no item III do caput deste artigo, fica facultada a sua elegibilidade, desde que o gestor municipal se comprometa a aumentar o número de leitos SUS para o preconizado no prazo de 6 (seis) meses.

A elegibilidade dos hospitais fica condicionada à necessidade identificada de leitos de cuidados prolongados na Microrregião, conforme o disposto no Anexo I da Resolução SES/MG nº 7.225/2020.

De forma a otimizar a infraestrutura e recursos humanos, hospitais localizados em microrregiões em que a necessidade de leitos hospitalares de cuidados for menor que 15(quinze), é facultada a concentração de leitos previstos na Macrorregião, desde que aprovado pelo Comitê Gestor Regional de Urgência e Emergência, Comitê Gestor de Atenção Hospitalar e pactuado na CIB Micro/Macro.

Critérios - Hospitais de Transição Tipo I

Serão considerados hospitais de Transição – Tipo I, aqueles que cumprirem os seguintes critérios:

- I - Não ser contemplado pelo módulo Valor em Saúde;
- II - Ser público ou filantrópico (destinar minimamente 60% dos leitos para o SUS);
- III - Ter entre 15 e 40 leitos SUS;
- IV - Estar situado em microrregiões em que há necessidade de leitos hospitalares para cuidados prolongados e integrados conforme disposto no Anexo I da Resolução SES/MG nº 7.225/2020; e
- V - Possuir Equipe multiprofissional conforme disposto no Anexo II da Resolução SES/MG nº 7.225/2020 ou se comprometer a estruturá-la imediatamente após ser publicada deliberação específica com a listagem de beneficiários.

Incentivo financeiro (Estadual)

É condicionado ao número leitos destinados ao cuidado prolongado e integrados e o perfil do hospital (Tipo e Tipo II).

O Valor leito/mês em Hospitais de Transição – Tipo II é de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais).



O Valor leito/mês em Hospitais de Transição – Tipo I é de R\$ 2.650,00 (dois mil seiscentos e cinquenta reais).

Após a habilitação pelo Ministério da Saúde o aporte financeiro estadual será deduzido.

Exigências

Os Hospitais de Transição devem desenvolver e/ou adotar protocolos clínicos para atendimento aos pacientes que necessitam de ações e serviços de saúde relacionadas à reabilitação físico-funcional, cuidados paliativos e crônicos, em conformidade com sua tipologia (Tipo I ou II).

O perfil dos pacientes elegíveis para Hospitais de Transição é descrito no Anexo III da Resolução SES/MG nº 7.225/2020.

Para viabilização dos fluxos assistenciais, os Hospitais de Transição devem ser vinculados a um ou mais hospitais de maior complexidade conforme grade de referência, além de observar o esquema terapêutico indicado pelo hospital de matriciamento.

Os leitos de cuidados prolongados devem ser disponibilizados à Central de Regulação.

Na grade de referência, os hospitais de maior complexidade a qual o Hospital de Transição está vinculado deve garantir atendimento aos pacientes a ele referenciados, em caso de agudização e necessidade de assistência não compatível com a complexidade do Hospital de Transição.

As transferências devem ser realizadas via o Sistema Estadual de Regulação – SUSfácilMG