NOTA TÉCNICA **28 | 2012**

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS:

Minuta de portaria que estabelece a organização das Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências - Componente Hospitalar

Apresentada na Assembleia do CONASS de 29/08/2012 para pactuação na reunião da CIT de 30/08/2012 em Campo Grande/Mato Grosso do SUL

Brasília, 25 de agosto de 2012.

NOTA TÉCNICA 28 /2012

INTRODUÇÃO:

A Política Nacional de Atenção às Urgências criada em 2003 foi reformulada pela portaria GM nº 1.600 de 07 de julho de 2011que instituiu a Rede de Atenção às Urgências.

O Componente Hospitalar parte da Rede de Atenção as Urgencias foi constutuido mediante a portaria GM nº 2395 de 11 de outubro de 2011, que estabeleceu nessa os critérios para a organização das Portas Hospitalares de Urgência, das Enfermarias de Retaguarda para Urgências,Enfermarias de Leitos de longa Permanência , dos Leitos de Cuidados Intensivos para as Urgências, dos Serviços de Diagnóstico por Imagem e Laboratório, a partir das Linhas de Cuidados Prioritárias - Traumatologia, Cardiovascular e Cerebrovascular - articulada e integrada a todos os outros componentes da Rede, a partir do Plano de Ação Regional.

Especificamente sobre às enfermarias de longa permanência destacamos na portaria 2395 de 2011 as seguintes condições :

- A necessidade de garantir o acesso aos procedimentos diagnósticos e leitos clínicos e cirúrgicos de longa permanência nas linhas de cuidado prioritárias.
- As enfermarias de longa permanência poderão ser instaladas nas instituições hospitalares, públicas ou privadas.
- Custeio diferenciado do leito, com diária de R$ 200,00 (duzentos reais) até o 30º dia de internação e R$ 100,00 (cem reais) a partir do 31º dia de internação.

Considendo a necessidade de revisão dessa modalidade de leitos foi apresentada uma proposta ao GT de Atenção da CIT pela Coordenação de Atenção Hospitalar /DAE/SAS no mês de agosto e discutida em duas reuniões que contou com a participação de técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde do Ceará e de São Paulo, além de contribuições via e-mail de diversas secretarias.

RESUMO DA PROPOSTA APRESENTADA PELO MS:

NOTA TÉCNICA 28 /2012

A minuta de portaria propõe a reorganização das enfermarias de longa permanencia definidas na portaria 2395 / 2011 Componente Hospitalar da Rede de Urgências, e passam a ser denominadas **Unidades de Internação de Cuidados Prolongados (UCP**), instaladas em Hospitais Gerais ou Especializados , alem disso institui a modalidade **Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP)** e estabelecendos os critérios para a organização, habilitação e qualificação e financiamento dos mesmos .

Passam a ser constituídas da seguinte forma:

- Os leitos de longa permanência, estabelecidos na Portaria GM n.º 2.395/2011, serão denominados leitos de cuidados prolongados do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e organizados em Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) com 15 a 25 leitos.
- As Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) se constituem em unidades intermediárias entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica e/ou domiciliar.

São **diretrizes** para a organização das Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP):

I – Prestação individualizada e humanizada do cuidado ao paciente hospitalizado que necessite de cuidados em reabilitação intensivos, semi-intensivos ou não-intensivos para o reestabelecimento das funções, atividades e 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 auto-cuidado do usuário;

V – Longitudinalidade do cuidado;

VI – Articulação entre as equipes multidisciplinares da UCP com as equipes de atenção domiciliar, atenção básica, centro de referência de reabilitação e outras equipes que atuem no território, nos demais pontos de atenção, permitindo a efetivação da integralidade da assistência e continuidade do cuidado;

VII – Garantia da “alta responsável” e em tempo oportuno.

VIII - Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados;

IX – Co-responsabilizaçao da família no cuidado;

X – Intersetorialidade;

XI – Acessibilidade

Tem como principais finalidades e objetivos:

- Diminuir a ocupação desnecessária de leitos de urgência e UTI;
- Reduzir as internações recorrentes ocasionadas por agravamento de quadro clínico dos usuários em regime de atenção domiciliar;
- Aumentar a rotatividade dos leitos de retaguarda clínica para quadros agudos e crônicos reagudizados.
- E tem como objetivo a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a 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 e são destinados a usuários em situação clínica estável, necessitando de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

Sobre a organização das Unidades de Cuidados Prolongados (UCP):

- As Unidades de Internação Cuidados Prolongados (UCP) serão organizadas como um Serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado ou em Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP), devendo contar com 15 a 25 leitos para tratamento prolongado.
- O Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP) constitui-se em um estabelecimento cuja capacidade instalada total seja direcionada para esta finalidade, com, no mínimo, 50 leitos.
- A UCP deverá contar com Sala Multiuso de Reabilitação tipo I e o HCP deverá contar com Sala Multiuso de Reabilitação tipo II (descritas no anexo desta portaria).

- A UCP deve contar com uma equipe multiprofissional qualificada, obedecidos aos quantitativos de horas trabalhadas por especialidade para cada módulo de 15 a 25 leitos em hospital geral ou hospital especializado.

Sobre a Composição da Equipe:

A proposta de composição mínima de profissionais da UCP, por somatória de horas da equipe multidisciplinar:

a) Médico: 20 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos.

b) Enfermeiro: 40 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos.

c) Técnico de Enfermagem: No minimo 03 tecnicos para cada 05 pacientes nos tres turnos, em todos os dias da semana.

d) Assistente Social: 20 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos.

e) Fisioterapeuta: 60 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos.

f) Psicólogo: 20 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos.

g) Fonoaudiólogo: 30 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos.

h) Terapeuta Ocupacional: 30 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos.

Proposta de composição minima da equipe dos Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP):

a) Médico: 40 horas/semanais para cada módulo de 50 leitos.

b) Enfermeiro: 80 horas/semanais para cada módulo de 50 leitos.

c) Técnico de Enfermagem: No minimo 03 tecnicos para cada 05 pacientes nos três turnos, em todos os dias da semana..

d) Assistente Social: 40 horas/semanais para cada módulo de 50 leitos.

e) Fisioterapeuta: 120 horas/semanais para cada módulo de 50 leitos.

f) Psicólogo: 40 horas/semanais para cada módulo de 50 leitos.

g) Fonoaudiólogo: 60 horas/semanais para cada módulo de 50 leitos.

h) Terapeuta Ocupacional: 60 horas/semanais para cada módulo de 50 leitos.

As Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) em Hospitais Gerais ou Especializados e em Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP) deverão contar com profissionais de nível superior organizados em equipes

horizontalizadas, todos os dias da semana e contar com retaguarda de plantonista médico e enfermeiro,além de contar com acesso a outras especialidades médicas, quando necessário.

Critérios de elegibiladade para admissão os usuários apresentando as seguintes condições clínicas:

I - Em suporte respiratório como ventilação mecânica, oxigenoterapia ou higiene brônquica;

II - Necessidade de continuidade de tratamentos, tais como: antibioticoterapia venosa prolongada, portadores de sonda nasogástrica e/ou outras sondas e drenos;

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

IV - Paciente em reabilitação motora de Acidente Vascular Cerebral (AVC), **neuropatias,** Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Hematoma Sub-aracnóide traumático (HSAT), Hematoma Sub-aracnóide Espontâneo (HSAE),traumatismo raquimedular (TRM);

V - Paciente traqueostomizado em fase de decanulação;

VI - Paciente necessitando de curativos em úlceras por pressão grau III e IV;

VII - Pacientes sem outras intercorrências clínicas, após procedimento de laparostomia;

VIII - Paciente com incapacidade transitória de deambulação e de mobilidade;

IX - Paciente com disfagia grave aguardando gastrostomia;

X – Pacientes terminais, desde que com quadro reagudizado.

Serão admitidos em UCP ou HCP, os pacientes que se enquadrarem em pelo menos um dos critérios estabelecidos, provenientes de qualquer ponto de Atenção da Rede, desde que seja feito avaliação conjunta entre os dois serviços.

Critérios de inelegibilidade:

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

II - Paciente cujo objetivo da internação seja apenas a avaliação diagnóstica;

III – Paciente que necessite de cuidados que possam ser prestados no domicílio e acompanhados pelas equipes de atenção domiciliar e/ou atenção básica;

Observar que nos casos de inexistência de Serviços de Atenção Domiciliar ou na ausencia de qualquer outro serviço que dê suporte aos pacientes com doença terminal, as UCP deverão servir de retaguarda para esses pacientes que necessitem de cuidados paliativos ou uma internação prolongada superior a 120 dias.

Parâmetro para o cálculo da necessidade total de leitos de Cuidados Prolongados Regional:

Parâmetro para Leitos Gerais: 3 (três) leitos gerais para 1.000 cada (mil) habitantes.

Parametro para Leitos Hospitalares em Cuidados Prolongados: 60% (sessenta por cento) de 5,62% da necessidade total de leitos hospitalares gerais. Os demais 40% serão considerados como necessidade para Atenção Domiciliar.

Quando não existir Atenção Domiciliar - Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP) - deverá ser considerado percentual diferenciado de déficit de leitos.

CRITÉRIOS HABILITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DAS UCP E HCP:

São critérios para a habilitação e qualificação do hospital geral ou especializado com UCP ou o HCP:

- Cadastramento do no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) como hospital geral ou especializado e possuir no mínimo 50 (cinquenta) leitos gerais com estrutura mínima própria ou referenciada
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, contando com Laboratório de Análises Clínicas 24h e Serviço de Radiologia 24h;
- Assistência Nutricional, Assistência Farmacêutica; Assistência Odontológica.
- Deverá ser garantido acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com acesso formalizado, aos outros serviços necessários à complexidade dos quadros clínicos dos pacientes;

Para solicitação da habilitação da UCP ou HCP deverá ser encaminhado a Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/DAE/SAS/MS os seguintes documentos:

I – Ofício de solicitação de habilitação da UCP ou HCP encaminhado pelo Gestor local com aprovação do Plano de Ação Regional da RUE pela CIB;

II – Atualização do cadastro no SCNES com a criação e/ou ampliação de equipes multidisciplinares específicas para a UCP ou HCP;

III – 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;

III – Descrição sobre infraestrutura, equipamentos, mobiliário das UCP ou HCP;

IV – Organização do processo de trabalho da(s) equipe(s);

V – 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;

VI – Definição de grades de referência entre os pontos de atenção da rede;

VII – Proposição de Plano de Educação Permanente para as equipes multidisciplinares da UCP ou HCP, incluindo proposta de orientação para cuidadores e familiares;

VIII – Descrição de proposta de monitoramento e avaliação para UCP ou HCP;

IX – Descrição arquitetônica e funcional da Sala Multiuso de Reabilitação de acordo com o tipo de unidade.

X – Planejamento de ações de forma conjunta e horizontal entre gestores, prestadores, trabalhadores da saúde e usuario;

XI – Levantamento de necessidades dos serviços na prestação e manutenção da assistência aos pacientes internados na UCP;

XII – Estabelecimento de metas quali-quantitativas de acompanhamento do desempenho das equipes;

Requisitos para Qualificação da UCP:

I – Elaboração e/ou adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;

II - Equipe técnica multiprofissional descrita nesta portaria, bem como suporte para especialidades;

III - Organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário clínico unificado;

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

V - Articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar e/ou Atenção Básica de sua Região de Saúde e/ou Município;

VI - Garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;

VII - Garantia do desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa das instituições hospitalares em parceria com gestores locais;

VIII - Garantia de ofertas de educação em saúde e autocuidado para os usuários, familiares e cuidadores;

IX- Regulação integral dos leitos pelas Centrais de Regulação, de acordo com a Política de Regulação do Ministério da Saúde e mediante pactuação local;

X – Taxa média de ocupação de no mínimo 85% - essa taxa está prevista na portaria 2.395 /2011.

XI – Desenvolvimento de ferramentas que auxiliem a clínica ampliada e gestão da clínica, a exemplo de matriciamento, PAT, PTS, prontuário único e protocolos clínicos.

A UCP deverá se qualificar em um prazo máximo de 06 (seis) meses após o início do repasse do custeio previsto nesta Portaria e este prazo está previsto na portaria 2395 de 2011 do Componente Hospitalar.

Observar que segundo a portaria a inobservância desse prazo o repasse do incentivo financeiro será cancelado.

FINANCIAMENTO DA PROPOSTA - RECURSOS DE INVESTIMENTO E DE CUSTEIO:

Recursos de Investimento:

Serão propocionados recursos de investimentos no valor equivqlente a R$ 10.000,00 por leito de cuidados prolongados que serão repassados em parcela única para readequação física e tecnológica – equipamentos, reforma ou ampliação dessas unidades de internação em Hospitais Gerais ou Especializados e para HCP contemplados no Plano de Ação Regional da Rede de Urgências, mediante apresentaçâo de um projeto ao MS para readequação física e tecnológica das unidades. O gestor local poderá apresentar ao Ministério da Saúde projeto para adequação de uma unidade de saúde já existente desde que previsto no Plano de Ação Regional.

Recursos de Custeio:

São redefinidos os valores de custeio diferenciados para os leitos de cuidados prolongados (nova denominação) das UCP ou HCP no valor de R$ 300,00 (trezentos reais) por dia até o 60º dia de internação e R$ 200,00 (duzentos reais), a partir do 61º dia de internação e o valor atual da AIH a partir do 91º dia de internação.

Anteriormente os valores estabelecidos eram: R$ 200,00 por dia até o 30º dia e R$ 100,00 a partir do 31º.

Fluxo para a solicitação do custeio diferenciado:

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde ou aditivo ao PAR, caso este já tenha sido finalizado, pactuado e publicado através de portaria específica, para fins de comprovação da necessidade de abertura dos leitos de acordo com os parâmetros estabelecidos nesta Portaria.

II - solicitação de habilitação da Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) ou em Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP),

III - deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago às Unidades de Internação em Cuidados Prolongados ou em HCP; e,

IV - início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos estaduais e municipais de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviços hospitalares.

Por fim, será realizada a avaliação e acompanhamento semestral dos critérios de qualificação pela Comissão de Acompanhamento de Contratos e/ou Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e encaminhado o relatório ao MS, alem disso tambem serão realizadas visitas "in loco" pelos gestores de saúde municipais e /ou estaduais ou pelo Ministério da Saúde, atuação quando necessário o Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) e realização da avaliação do impacto epidemiológico e resolutividade da estratégia por meio de indicadores quali-quantitativos.

São incluidos nessa portaria a inclusão de códigos específicos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para a habilitação das UCP e HCP.

No prazo de 40 dias após a publicação desta portaria o MS elaborará um Caderno com Diretrizes para Organização das Unidades de Internação em Cuidados Prolongados para apoiar a implantação/implementação destes serviços.

Propõe ao final a revogação da Seção II - Das Enfermarias de Retaguarda de Longa Permanência da Portaria 2.395.

CONCLUSÃO:

- O MS apresenta uma nova proposta de reorganização dss Enfermarias de Longa Permanência da **Rede de Atenção as Urgências** que passam a ser denominadas Unidades de Internação Cuidados Prolongados (UCP).
- A UCP é uma unidade intermediária entre a unidade hospitalar (de caráter agudo e crônico reagudizado) e a atenção básica e ou domiciliar, previamente ao retorno do paciente ao domicilio.
- A UCP deverá possuir entre 15 a 25 leitos e poderão se organizar como um Serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado e em Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP) com no minimo 50 leitos gerais. A Coordenação de Atenção Hspitalar do MS se comprometeu de colocar em discussão a situação

dos hospitais que não se enquadram nessa tipologia quando da discussão da Politica Nacional de Atenção Hospitalar que foi encaminhada para consulta pública.

- É criada a modalidade de Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP) com no minimo de 50 leitos. Esse tipologia de Hospital é justificado pela existência concreta desses em alguns estados, sendo, portanto atendido a demanda de institucionalização e de necessidade de seu financiamento.
- É estabelecido um novo financiamento mediante apresentação pelo gestor local de um projeto para readequação física e tecnológica das Unidades equivalente a R$10.000,00 (dez mil reais) por leito para as UCP aprovadas no Plano de Ação Regional (artigo 27).
- São apresentdos novos valores de custeio que estão no artigo 29:

Os leitos de Cuidados Prolongados em UCP ou HCP receberão custeio diferenciado por leito, com diárias de R$ 300,00 (trezentos reais) até o 60º dia de internação, R$ 200,00 (duzentos reais) a partir do 61º dia de internação e o valor atual da AIH a partir do 91º dia de internação.

- É revogada a seção II – artigos 16, 17 e 10 da portaria 2.395 de 2011, que definia os valores (diária de 200,00 até 30 dias e 100,00 até 60 dias) passando a vigorar os valores estabelecidos no artigo 29 da minuta. São mantidas as atuais condições para a solicitação do custeio e qualificação.

PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO:

Propomos o encaminhamento favorável a pactuação na CIT observadas as seguintes condições:

❖ Reafirmar a necessidade de rever com prioridade o papel e a organização dos HPP (Hospitais de Pequeno Porte) na vigência da discussão das Politica Nacional de Atenção Hospitalar que está em consulta pública.

❖ Esclarecer como ficam os leitos de longa permanência já habilitados anteriormente.

❖ Reforçar na portaria que as instituições hospitalares, públicas ou privadas, podem disponibilizar leitos de longa permanência para retaguarda das Portas de Entradas Hospitalares de Urgências.

❖ Reforçar a necessidade de reavaliar o financiamento para a manutenção dos pacientes que necessitem de suporte respiratório como ventilação mecânica e oxigenoterapia em internação e no pos internação (inciso I do artigo 16).

❖ Reavaliar o inciso IV do artigo 16 sobre a inclusão das *neuropatias* nos critérios de elegibilidade para internação nesses leitos está muito genérico, as doenças cronicas (neurológicas) são inúmeras e não estão nas linhas de cuidados prioritárias dessa rede.

❖ Encaminhar a discussão sobre situação da atenção aos pacientes terminais na redefinição da Politica de Atenção Hospitalar e a importancia da participação da Atenção Básica nessa discussão. Embora esses leitos não sejam dirigidos a pacientes terminais, os pacientes nessa situação poderão ser internados nas unidades quando apresentar quadro de reagudização - inciso X do artigo 16 e §2º do artigo 17.

❖ Considerando que os leitos serão regulados pela Central de Regulação de Leitos, rever a redação do Artigo 16, *§1º- Poderão ser admitidos em UCP ou HACP, os pacientes que se enquadrarem em pelo menos um dos critérios deste Artigo, provenientes de qualquer ponto de Atenção da Rede, desde que seja feito avaliação conjunta entre os dois serviços.*

❖ Rever a redação do Art. 20 - Os parâmetros para o cálculo de necessidade de leitos em Cuidados Prolongados **Regional** - Este hospital poderá ser local.

❖ Rever o detalhamento do Projeto de Implantação - artigo 24 > incisos I, II, IV, VI, VIII, X, XI, considerando que o projeto de implantação das UCP ou HCP já faz parte do Plano de Ação Regional dessa rede.

❖ Embora prevista na portaria 2395 de 2011, o prazo para a qualificação da UCP de no máximo de 06 (seis) meses após o início do repasse do custeio, é reafirmado no artigo 23 dessa minuta e consideramos insuficiente frente a realidade.

❖ Rever a localização dos artigos 27 § 3º e 28 § 3º - sobre a impossibilidade de implantação de leitos psiquiatricos nessas unidades, esses artigos estão voltados para o financiamento.

Minuta de Portaria

PORTARIA Nº 00/GM DE 00 DE XXXX DE 2012.

Estabelece a organização das Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde - SUS.

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

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

Considerando o artigo 7º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e diretrizes do SUS, da Universalidade do Acesso, Integralidade da Atenção e Descentralização Político-Administrativa com direção única em cada esfera de governo;

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

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

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.527 de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011, que aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

Considerando a Portaria GM/MS nº 665, de 12 de abril de 2012, 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 e aprova a Linha de Cuidados em AVC.

Considerando a Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Considerando a Lei n.º 10.741, de 01 de dezembro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Considerando a necessidade de desenvolver uma estratégia multidisciplinar de assistência integral, humanizada e individualizada, articulada com os demais pontos de atenção das RAS para o paciente com necessidade de cuidados hospitalares prolongados.

Considerando que a continuidade dos cuidados deve estar inserida no processo assistencial em conformidade com os princípios da integralidade, equidade e universalidade da assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS resolve:

Art. 1º Estabelecer a organização de Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Os leitos de longa permanência estabelecidos na Portaria GM n.º 2.395/2011 passam a ser denominados de leitos de cuidados prolongados, pertencentes ao componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e serão organizados em Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) de acordo com o estabelecido nesta Portaria.

§ 2º Leitos de Cuidados Prolongados são aqueles destinados a usuários em situação clínica estável, necessitando de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

Art. 2º As Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) se constituem em unidades intermediárias entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica e/ou domiciliar, prévia ao retorno do paciente ao domicílio.

Art. 3º As Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) têm como objetivo a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a 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.

Parágrafo Único: São considerados pacientes em situação de perda de autonomia aqueles com limitações físicas, funcionais, neurológicas e/ou motoras, restritos ao leito, ou qualquer condição clínica que indique a necessidade de cuidados prolongados em unidade hospitalar.

DAS DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO EM CUIDADOS PROLONGADOS (UCP)

Art. 4º São diretrizes das Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP):

I – Prestação individualizada e humanizada do cuidado ao paciente hospitalizado que necessite de cuidados em reabilitação intensivos, semi-intensivos ou não-intensivos para o reestabelecimento das funções, atividades e 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 auto-cuidado do usuário;

V – Longitudinalidade do cuidado;

VI – Articulação entre as equipes multidisciplinares da UCP com as equipes de atenção domiciliar, atenção básica, centro de referência de reabilitação e outras equipes que atuem no território, nos demais pontos de atenção, permitindo a efetivação da integralidade da assistência e continuidade do cuidado;

VII – Garantia da "alta responsável" e em tempo oportuno.

VIII - Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados;

IX – Co-responsabilizaçao da família no cuidado;

X – Intersetorialidade;

XI – Acessibilidade

DA FINALIDADE DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DE CUIDADOS PROLONGADOS (UCP)

Art. 5º As Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) têm como finalidade:

I – Desenvolver um sistema diferenciado em Cuidados Prolongados por meio da introdução de intervenções inovadoras e adaptada às novas necessidades sóciodemográficas e epidemiológicas da população;

II – Garantir acolhimento, acessibilidade e humanização do cuidado ao paciente;

III – Recuperar, de forma parcial ou total, a autonomia e independência funcional dos pacientes;

IV - Garantir a continuidade do cuidado com intervenções terapêuticas que permitam o reestabelecimento das funções, atividades e a recuperação de sequelas em decorrência de desfechos de diferentes processos e causas da internação: clínica, cirúrgica ou traumatológica;

V - Avaliação global das necessidades do usuário com atuação multidisciplinar integrada, considerando sua situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;

VI - Adaptação dos pacientes à incapacidade e a aprendizagem do autocuidado;

VII - Acompanhamento de pessoas em situação de dependência por meio de Plano de Ação Terapêutico (PAT) e Projeto Terapêutico Singular (PTS) com vistas ao retorno ao domicílio com garantia de continuidade do acompanhamento após a alta hospitalar, revisão de diagnóstico, reavaliação de riscos e adequação de condutas entre os especialistas envolvidos;

VIII - Apoiar a manutenção da capacidade funcional do paciente, garantindo os cuidados terapêuticos e o apoio psicossocial necessário, com o intuito de promover a independência e autonomia do sujeito;

IX – Orientar e apoiar os familiares e cuidadores em parceria com a atenção básica e atençpara manutenção e co-responsabilização do cuidado numa construção progressiva de autonomia e retorno ao convívio social;

X - Garantir a integralidade da assistência atuando de forma articulada às demais equipes de atenção à saúde do território;

XI - Diminuir a ocupação desnecessária de leitos de urgência e UTI;

XII - Reduzir as internações recorrentes ocasionadas por agravamento de quadro clínico dos usuários em regime de atenção domiciliar;

XIII - Aumentar a rotatividade dos leitos de retaguarda clínica para quadros agudos e crônicos reagudizados.

DA ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO EM CUIDADOS PROLONGADOS

Art. 6º As Unidades de Internação Cuidados Prolongados poderão se organizar como um Serviço dentro de um hospital Geral ou Especializado ou em Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP).

§ 1º As Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) se constituem como um Serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado, devendo contar com 15 a 25 leitos para tratamento prolongado, reabilitação de pacientes com autonomia potencialmente recuperável, garantindo a recuperação parcial ou total do paciente, bem como a adaptação à incapacidade e promoção da autonomia.

§ 2º O Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP) constitui-se em um estabelecimento cuja capacidade instalada total seja direcionada para esta finalidade, com, no mínimo, 50 leitos.

Art. 7 º As Unidades de Internação em Cuidados Prolongados e os HCP deverão ter acessibilidade e contar com Sala Multiuso de Reabilitação, espaço destinado para Equipe Multiprofissional de Reabilitação, tendo como objetivo o atendimento aos usuários com vistas à intervenção de reabilitação precoce e aceleração do processo de desospitalização.

§ 1º Acessibilidade é entendida como as condições necessárias para que o usuário realize qualquer movimentação ou deslocamento dentro de suas capacidades individuais, por seus próprios meios ou com o auxílio de um profissional, familiar ou cuidador, em condições seguras, mesmo que para isso precise de aparelhos específicos.

§ 2º A UCP deverá contar com Sala Multiuso de Reabilitação tipo I e o HCP deverá contar com Sala Multiuso de Reabilitação tipo II, de acordo com estabelecido no Anexo desta Portaria.

§ 3º A Sala Multiuso é um espaço destinado ao atendimento do paciente em cuidados prolongados com vistas à reabilitação precoce e aceleração do processo de desospitalização pela Equipe Multiprofissional de Reabilitação.

DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Art. 8º A UCP deve contar com uma equipe multiprofissional qualificada, obedecidos aos quantitativos de horas trabalhadas por especialidade para cada módulo de hospital geral ou hospital especializado de 15 a 25 leitos.

Parágrafo Único: A equipe multidisciplinar da UCP deverá desenvolver um trabalho articulado, onde haja troca de informações, ações conjuntas, que resultem no atendimento humanizado e resolutivo de acordo com as condições do paciente hospitalizado.

Art. 9º Composição mínima de profissionais da UCP, por somatória de horas da equipe multidisciplinar e suficiência por número de leitos em hospitais gerais:

a) Médico: 20 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos.

b) Enfermeiro: 40 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos.

c) Técnico de Enfermagem: No minimo 03 tecnicos para cada 05 pacientes nos tres turnos, em todos os dias da semana.

d) Assistente Social: 20 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos.

e) Fisioterapeuta: 60 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos.

f) Psicólogo: 20 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos.

g) Fonoaudiólogo: 30 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos.

h) Terapeuta Ocupacional: 30 horas/semanais para cada módulo de 15 a 25 leitos.

Parágrafo Único: As Unidades de Internação em Cuidados Prolongados deverão contar com profissionais de nível superior organizados em equipes horizontalizadas, todos os dias da semana e contar com retaguarda de plantonista médico e enfermeiro no estabelecimento hospitalar.

Art.10 Os Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados - HCP deverão contar com, no mínimo, 50 leitos e deverão ter a seguinte composição mínima da equipe multidisciplinar:

a) Médico: 40 horas/semanais para cada módulo de 50 leitos.

b) Enfermeiro: 80 horas/semanais para cada módulo de 50 leitos.

c) Técnico de Enfermagem: No minimo 03 tecnicos para cada 05 pacientes nos três turnos, em todos os dias da semana..

d) Assistente Social: 40 horas/semanais para cada módulo de 50 leitos.

e) Fisioterapeuta: 120 horas/semanais para cada módulo de 50 leitos.

f) Psicólogo: 40 horas/semanais para cada módulo de 50 leitos.

g) Fonoaudiólogo: 60 horas/semanais para cada módulo de 50 leitos.

h) Terapeuta Ocupacional: 60 horas/semanais para cada módulo de 50 leitos.

Parágrafo Único: As Unidades de Internação em Cuidados Prolongados em HCP deverão contar com profissionais de nível superior organizados em equipes horizontalizadas, todos os dias da semana e contar com retaguarda de plantonista médico e de enfermeiro, além de contar com acesso a outras especialidades médicas, quando necessário.

Art. 11. São atribuições da equipe multidisciplinar das UCP:

I - Avaliação do paciente conjuntamente com a equipe do Hospital Porta de Entrada de Urgência e/ou Hospital de Retaguarda e/ou Unidade de Pronto Atendimento – UPA e/ou Serviço de Atenção Domiciliar;

II – Realização de avaliação global do paciente no momento da internação/reinternação;

III - Tratamento e controle de sintomas e/ou seqüelas do processo agudo/crônico;

IV - Reabilitação funcional;

V – Participação nos processos formativos da Educação Permanente;

VI – Utilização de prontuário clínico unificado;

VII - Apoio e orientação à família e ao cuidador para a continuidade dos cuidados do paciente em domicílio;

VIII - Planejamento da alta hospitalar responsável e em tempo oportuno de forma conjunta com as equipes de Atenção Domiciliar e Atenção Básica;

IX – Elaboração de relatório que informe as condições atuais do paciente e proposta de cuidados necessários no domicílio;

X – Identificação precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos pacientes;

XI – Elaboração de PAT ou PTS pela equipe multidisciplinar;

XII – Articulação com demais serviços da rede social de apoio, propondo alianças intersetoriais para potencialização do cuidado.

Art. 12. A educação permanente da equipe multidisciplinar da UCP deve ter os seguintes objetivos:

I - Assegurar que todos os profissionais envolvidos com o cuidado de pacientes hospitalizados nas UCP e que prestam cuidado direto às pessoas em situação de dependência disponham das competências necessárias de acordo seu perfil profissional;

II - Contribuir para a formação, capacitação e atualização dos profissionais do SUS, especialmente aqueles vinculados a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e área técnica de cuidado à pessoa com deficiência, aos profissionais que atuem nas demais unidades de internação do hospital onde estará vinculada a UCP e aos profissionais da atenção básica que prestarão assistencia aos pacientes;

III - Integrar a produção de conhecimento científico para a qualificação da equipe multidisciplinar, com temas essenciais para a garantia da qualidade e prestação dos serviços;

IV - Desenvolver a prática do ato de cuidar que envolve sentimentos, atitudes e ações, devido ao grande impacto emocional do paciente e sua família.

Parágrafo Único. Os gestores e prestadores são responsáveis pela incorporação de estratégias de educação permanente para os profissionais da UCP por meio de cursos, oficinas pedagógicas, supervisão e treinamento, com temas relevantes para equipe multidisciplinar.

DAS PORTAS DE ENTRADA E DA REGULAÇÃO DO ACESSO

Art. 13. Para admisão na UCP ou HCP, o usuário poderá ser procedente de unidades de saúde hospitalares e ambulatoriais diversas, incluindo a atenção domiciliar, unidades ambulatoriais de reabilitação e atenção básica, desde que preencha os critérios de elegibilidade para esta tipologia de cuidado e tenha o acesso regulado.

Art. 14. A internação será solicitada pela unidade de origem à Central de Internação, de acordo com rotinas e fluxos estabelecidos pelo gestor, passando a unidade de origem a ser a responsável pelo usuário até o desfecho da solicitação, mesmo o usuário estando em regime de cuidado domiciliar.

Art. 15. A Central de Internação faz a busca da vaga, considerando as informações clínicas e de vulnerabilidades do paciente e comunica à unidade de origem as informações sobre a unidade de destino, sendo estabelecida entre unidade solicitante e a Central de Internação a reponsabilidade pelo transporte do paciente.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DO PACIENTE

Art. 16. Poderão ser admitidos nas UCP e HCP, os usuários em situação clínica estável, em recuperação de um processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico, que necessite de cuidados prolongados para reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico com dependência funcional permanente ou provisória (física, motora, neurológica) parcial ou total, apresentando uma das seguintes condições clínicas:

I - Em suporte respiratório como ventilação mecânica, oxigenoterapia ou higiene brônquica;

II - Necessidade de continuidade de tratamentos, tais como: antibioticoterapia venosa prolongada, portadores de sonda nasogástrica e/ou outras sondas e drenos;

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

IV - Paciente em reabilitação motora de Acidente Vascular Cerebral (AVC), neuropatias, Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Hematoma Sub-aracnóide traumático (HSAT), Hematoma Sub-aracnóide Espontâneo (HSAE),traumatismo raquimedular (TRM);

V - Paciente traqueostomizado em fase de decanulação;

VI - Paciente necessitando de curativos em úlceras por pressão grau III e IV;

VII - Paciente sem outras intercorrências clínicas, após procedimento de laparostomia;

VIII - Paciente com incapacidade transitória de deambulação e de mobilidade;

IX - Paciente com disfagia grave aguardando gastrostomia;

X – Pacientes terminais, desde que com quadro reagudizado.

§1º Poderão ser admitidos em UCP ou HACP, os pacientes que se enquadrarem em pelo menos um dos critérios deste Artigo, provenientes de qualquer ponto de Atenção da Rede, desde que seja feito avaliação conjunta entre os dois serviços.

§2º Quando houver retaguarda de atenção domiciliar no território, deverá ser realizada avaliação prévia e sistemática quanto à elegibilidade do paciente, garantindo a desospitalização em tempo oportuno.

DA INELEGIBILIDADE DO PACIENTE

Art. 17 São critérios de inelegibilidade dos pacientes na UCP OU HCP:

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

II - Paciente cujo objetivo da internação seja apenas a avaliação diagnóstica;

III – Paciente que necessite de cuidados que possam ser prestados no domicílio e acompanhados pelas equipes de atenção domiciliar e/ou atenção básica;

§1º Não poderão ser admitidos pacientes sem encaminhamento de um Ponto de Atenção da Rede e sem avaliação conjunta entre os serviços na UCP ou HCP.

§2º Nos casos de inexistência de Serviços de Atenção Domiciliar, ou qualquer outro que dê suporte ao atendimento de pacientes com doença terminal, que necessitem de cuidados paliativos ou mesmo de uma internação prolongada superior a 120 dias, as Unidades de Internação em Cuidados Prolongados deverão servir de retaguarda provisória para estes pacientes.

DA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL

Art. 18 A alta hospitalar responsável visa preparar o paciente para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança com o objetivo de dar continuidade ao cuidado e promover a autonomia e a reintegração familiar e social do paciente.

Parágrafo Único. A avaliação global do paciente para a alta responsável deverá ser realizada pela equipe multidisciplinar horizontal visando identificar as estratégias mais adequadas e os riscos potenciais, devendo considerar os aspectos físicos, psicossociais e econômicos, além do ambiente familiar do paciente.

Art. 19 São objetivos da alta hospitalar responsável na UCP:

I - Garantir a continuidade do cuidado em domicílio e/ou ambulatorial;

II - Promover a melhor alternativa assistencial para o paciente após alta garantindo a troca de informações, orientações e avaliação sistemática;

III - Garantir orientações adequadas ao paciente, cuidador e família por meio de relatório sobre a sua condição clínica e psicossocial;

IV – Otimizar o tempo de permanência do paciente internado;

V – Prevenir o risco de readmissões hospitalares;

VI - Avaliar as necessidades singulares do paciente;

VII – Prevenir o risco de infecção hospitalar.

DOS PARÂMETROS DE CÁLCULOS DE LEITOS

Art. 20 Os parâmetros para o cálculo de necessidade de leitos em Cuidados Prolongados Regional será da seguinte forma:

§ 1º O parâmetro para o cálculo da necessidade total de leitos hospitalares é: 3 (três) leitos gerais para 1.000 cada (mil) habitantes.

§ 2º Para leitos hospitalares em cuidados prolongados o parâmetro é 60% (sessenta por cento) de 5,62% da necessidade total de leitos hospitalares gerais.

§ 3º Os demais 40% serão considerados como necessidade para Atenção Domiciliar.

Parágrafo Único: Deverá ser considerado percentual diferenciado de déficit de leitos considerando a inexistência de equipes multidisciplinares de atenção domiciliar e de apoio (EMAD e EMAP) no território.

DA HABILITAÇÃO

Art. 21 Para solicitação de habilitação de UCP vinculado a um Hospital Geral ou Especializado, o estabelecimento hospitalar deverá estar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) como hospital geral ou especializado e possuir no mínimo 50 (cinquenta) leitos gerais, com a seguinte estrutura mínima própria ou referenciada:

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, contando com Laboratório de Análises Clínicas 24h e Serviço de Radiologia 24h;

Assistência nutricional;

Assistência farmacêutica;

Assistência odontológica.

Parágrafo único. Deverá ser garantido acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com acesso formalizado aos outros serviços necessários à complexidade dos quadros clínicos dos pacientes;

Art. 22 Para solicitação de habilitação de HCP, o estabelecimento hospitalar deverá estar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e possuir no mínimo 50 (cinquenta) leitos gerais, com a seguinte estrutura mínima própria ou referenciada:

a. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, contando com Laboratório de Análises Clínicas 24h e Serviço de Radiologia 24h;
b. Assistência nutricional;
c. Assistência farmacêutica;
d. Assistência odontológica.

§1º Deverá ser garantido acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com acesso formalizado aos outros serviços necessários à complexidade dos quadros clínicos dos pacientes;

§2º contar com ambiência e estrutura física que atendam às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e de acordo com o Anexo desta Portaria.

Art. 23. Para solicitação de habilitação da UCP ou HCP deverá ser encaminhado a Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/DAE/SAS/MS os seguintes documentos:

I – Ofício de solicitação de habilitação da UCP ou HCP encaminhado pelo Gestor local com aprovação do Plano de Ação Regional da RUE pela CIB;

II – Atualização do cadastro no SCNES com a criação e/ou ampliação de equipes multidisciplinares específicas para a UCP ou HCP;

III – Projeto de implantação da UCP ou HCP.

Art. 24. 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;

III – Descrição sobre infraestrutura, equipamentos, mobiliário das UCP ou HCP;

IV – Organização do processo de trabalho da(s) equipe(s);

V – 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;

VI – Definição de grades de referência entre os pontos de atenção da rede;

VII – Proposição de Plano de Educação Permanente para as equipes multidisciplinares da UCP ou HCP, incluindo proposta de orientação para cuidadores e familiares;

VIII – Descrição de proposta de monitoramento e avaliação para UCP ou HCP;

IX – Descrição arquitetônica e funcional da Sala Multiuso de Reabilitação de acordo com o tipo de unidade.

X – Planejamento de ações de forma conjunta e horizontal entre gestores, prestadores, trabalhadores da saúde e usuario;

XI – Levantamento de necessidades dos serviços na prestação e manutenção da assistência aos pacientes internados na UCP;

XII – Estabelecimento de metas quali-quantitativas de acompanhamento do desempenho das equipes;

Art. 25. Após análise e aprovação do projeto pela CGHOSP/DAE/SAS/MS, será encaminhado para habilitação em portaria específica, o(s) estabelecimento(s) de saúde contemplado(s) com UCP ou HCP.

DA QUALIFICAÇÃO DA UCP OU HCP

Art. 26. A UCP será considerada qualificada quando atender aos seguintes requisitos:

I – Elaboração e/ou adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;

II - Equipe técnica multiprofissional descrita nesta portaria, bem como suporte para especialidades;

III - Organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário clínico unificado;

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

V - Articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar e/ou Atenção Básica de sua Região de Saúde e/ou Município;

VI - Garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;

VII - Garantia do desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa das instituições hospitalares em parceria com gestores locais;

VIII - Garantia de ofertas de educação em saúde e autocuidado para os usuários, familiares e cuidadores;

IX- Regulação integral dos leitos pelas Centrais de Regulação, de acordo com a Política de Regulação do Ministério da Saúde e mediante pactuação local;

X – Taxa média de ocupação de no mínimo 85%;

XI – Desenvolvimento de ferramentas que auxiliem a clínica ampliada e gestão da clínica, a exemplo de matriciamento, PAT, PTS, prontuário único e protocolos clínicos.

§ 1º A UCP deverão se qualificar em um prazo máximo de 06 (seis) meses após o início do repasse do custeio previsto nesta Portaria.

§ 2º Em caso de inobservância do prazo previsto no §1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado.

§ 3º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o custeio voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde.

DO FINANCIAMENTO
DO INVESTIMENTO

Art. 27. Para as Unidades de Cuidados Prolongados (UCP) vinculadas a Hospitais Gerais ou Especializados aprovadas no PAR da RUE, o gestor local poderá apresentar ao Ministério da Saúde projeto para readequação física e tecnológica das Unidades equivalente a R$10.000,00 (dez mil reais) por leito em parcela única, fundo a fundo.

§ 1º A readequação física e tecnológica poderá se dar por meio de aquisição de equipamentos, reforma ou ampliação.

§ 2º O Investimento de que trata o *caput* deste Artigo será repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviços hospitalares, mediante pactuação.

§ 3º As Unidades de Internação em Cuidados Prolongados não poderão ser implantadas em Hospitais Psiquiátricos.

Art. 28. Para adequação de uma unidade de saúde já existente, em Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP).

§ 1º O gestor local ou estabelecimento hospitalar poderá apresentar ao Ministério da Saúde projeto para adequação de uma unidade de saúde já existente desde que previsto no PAR da RUE de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios do Ministério da Saúde (SICONV/MS) e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios do Ministério da Saúde (GESCON/MS), que será avaliado de forma individualizada pela área técnica;

§ 2º O recurso para adequação de uma unidade já existente em HCP deverá ser destinado a mudanças na ambiência e adequação tecnologica com vistas a viabilizar a qualificação da assistência, observados as normas da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) e os critérios estabelecidos nesta Portaria.

§3º Fica excluída a possibilidade de transformação de Hospiais Especilizados em Psiquiatria e HCP.

DO CUSTEIO

Art. 29. Os leitos de Cuidados Prolongados em UCP ou HCP receberão custeio diferenciado por leito, com diárias de R$ 300,00 (trezentos reais) até o 60º dia de internação, R$ 200,00 (duzentos reais) a partir do 61º dia de internação e o valor atual da AIH a partir do 91º dia de internação.

§ 1º Para a solicitação do custeio diferenciado será observado o seguinte fluxo:

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde ou aditivo ao PAR, caso este já tenha sido finalizado, pactuado e publicado através de portaria específica, para fins de comprovação da necessidade de abertura dos leitos de acordo com os parâmetros estabelecidos nesta Portaria.

II - solicitação de habilitação da Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) ou em Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP), de acordo com as normas estabelecidas nesta Portaria;

III - deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago às Unidades de Internação em Cuidados Prolongados ou em HCP; e,

IV - início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos estaduais e municipais de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviços hospitalares.

§ 2º O incentivo financeiro de custeio de que trata esta Portaria será repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviços hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares na contratualização

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 30 A avaliação e acompanhamento dos critérios de qualificação dispostos no artigo 23 desta portaria será realizada da seguinte maneira:

I – A Comissão de Acompanhamento de Contratos e/ou Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Emergências farão o acompanhamento e monitoramento semestral do cumprimento dos requisitos e critérios previstos nesta portaria e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde e enviarão um relatório ao Ministério da Saúde;

II - Visitas "in loco" pelos gestores de saúde MUNICIPAIS E/OU ESTADUAIS ou pelo Ministério da Saúde, quando necessário;

III - Atuação, quando couber, do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA).

IV – Avaliação do impacto epidemiológico e resolutividade da estratégia por meio de indicadores quali-quantitativos;

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 31 Fica incluída no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) a seguinte habilitação:

I - Código XX.XX – Unidade de Internação em Cuidados Prolongados – UCP;

II - Código XX.XX – Hospital Especializado em Cuidados Prolongados – HCP

Art. 29 Será publicado, pelo Ministério da Saúde, no prazo de 40 dias após publicação desta portaria, Caderno com Diretrizes para Organização das Unidades de Internação em Cuidados Prolongados, que servirá de apoio à implantação/implementação destes serviços.

Art. 32 Fica revogado a **Seção II - Das Enfermarias de Retaguarda de Longa Permanência** da PT/GM 2.395 de 11 de outubro de 2011.

Art. 33 Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

Sala Multiuso para Reabilitação

As Salas multiuso de reabilitaçãio poderão ser de dois tipos:

Tipo I – sala alocada em Hospitais Gerais ou Especializados que tiver na sua Unidade de Cuidados Prolongados módulos de 15 a 25 leitos, com dimensão mínima de 35m².

Tipo II – sala alocada em Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP) que contarem com a quantidade mínima de 50 leitos, com dimensão mínima de 75m².

De acordo com a ABNT e RDC50 (2002), ficam definidas as seguintes especificação para a ambiência da Sala Multiuso para Reabilitação:

Sala Multiuso para Reabilitação Tipo I

• Área mínima: 35m²

• As portas deverão ter altura mínima de 1,80m e vão mínimo de 1,50 revestidas de material lavável

• A maçaneta deverá estar localizada entre 0,80 e 1,0m do solo.

• Os interruptores devem se situar entre 0,60 e 1,0m do solo.

• As tomadas devem se situar entre 0,40 e 1,0m do solo.

• Piso: Liso (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.

• Parede: Lisa (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.

• Teto: deve ser resistente à lavagem e ao uso de desinfetantes.

Sala Multiuso para Reabilitação Tipo II

• Área mínima: 75m²

• As portas deverão ter altura mínima de 1,80m e vão mínimo de 1,50 revestidas de material lavável

• A maçaneta deverá estar localizada entre 0,80 e 1,0m do solo.

• Os interruptores devem se situar entre 0,60 e 1,0m do solo.

• As tomadas devem se situar entre 0,40 e 1,0m do solo.

• Piso: Liso (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.

• Parede: Lisa (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.

• Teto: deve ser resistente à lavagem e ao uso de desinfetantes.

Especificações dos Equipamentos

EQUIPAMENTOS SALA MULTIUSO DE REABILITAÇÃO			
SALA TIPO II - 75m²		**SALA TIPO I - 35m²**	
EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	**QTDE.**	**EQUIPAMENTO E MATERIAIS**	**QTDE.**
AMBU	2	AMBU	1
Andador (Adulto e Infantil)	2	Andador (Adulto e Infantil)	1
Armários	2	Armários	1
Aspirador de Secreção portátil	2	Aspirador de Secreção portátil	1
Barras Paralelas	1	Barras Paralelas	1
Bengala	2	Bengala	1
Cadeiras	10	Cadeiras	5
Cilindro de Oxigênio	1	Cilindro de Oxigênio	1
Escada Linear para Marcha (sem rampa)	1	Escada Linear para marcha (sem rampa)	1
Esfigmomanômetro	1	Esfigmomanômetro	1
Estetoscópio	1	Estetoscópio	1
FES	1	FES	1
Goniômetro	1	Goniômetro	1
Lanterna clínica	1	Lanterna clínica	1
Mesa Ortostática	1	Mesa ortostática	1
Par de Muletas	2	Par de Muletas	1
Mesa de reunião	1	Mesa de reunião	1
Mesas auxiliares	4	Mesas auxiliares	4
Mocho	2	Mocho	1
Nebulizador Portátil	1	Nebulizador Portátil	1
Oxímetro	1	Oxímetro	1
Prono-supinador	1	Prono-supinador	1
TENS estimulador Transcutâneo	1	TENS estimulador transcutâneo	1

Ultrasom para fisioterapia	1	Ultrasom para fisioterapia	1
Computador	2	Computador	1

Anexo II

A Adequação de uma Unidade de Saúde em Hospital Especializado em Cuidados Prolongados - HCP deverá cumprir os seguintes critérios:

Toda reforma ou ampliação na estrutura física da HCP deverá ser precedida de aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local bem como do órgão municipal ou estadual competente.

O HCP deverá atender aos requisitos de infraestrutura, previstas em normas pertinentes, normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas e normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

O HCP deverá garantir a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção segundo o estabelecido em legislação específica e atender minimamente às seguintes exigências específicas:

Os corredores devem possuir no mínimo 1,50 m de largura para permitir o trânsito de duas cadeiras de rodas.

Os balcões de atendimento devem ser acessíveis a cadeirantes. Uma parte da superfície do balcão, com extensão de no mínimo 0,90 m, deve ter altura de no máximo 0,90 m. Deve possuir também altura livre inferior de no mínimo 0,73 m do piso e profundidade livre inferior de no mínimo 0,30 m.

As portas que dão acesso aos leitos devem ter vão livre mínimo de 0,80 m e altura mínima de 2,10 m. A maçaneta deverá estar localizada entre 0,80 m e 1 m do solo.

Os leitos devem contar com uma faixa livre de circulação com no mínimo 0,90 m de largura, prevendo área de manobras para o acesso ao sanitário, camas e armários. Deve haver pelo menos uma área com diâmetro de no mínimo 1,50 m que possibilite um giro de 360° com cadeira de rodas.

Pelo menos 5% dos leitos devem ser acessíveis a cadeirantes, com altura de 0,46m. Recomenda-se que outros 10% sejam adaptáveis.

Os interruptores devem se situar entre 0,60 m e 1 m do solo. Já as tomadas, devem se situar entre 0,40 m e 1 m do solo.

Nos sanitários é necessária a instalação de dispositivo de sinalização de emergência ao lado da bacia e do boxe do chuveiro, a uma altura de 0,40 m do piso acabado, para acionamento em caso de queda.

Os boxes para bacia sanitária devem possuir dimensão mínima de 1,50 m (largura) X 1,70 m e devem garantir as áreas para transferência diagonal, lateral e perpendicular, bem como área de manobra para rotação de 180°. Deve ser instalado um lavatório dentro do boxe, em local que não interfira na área de transferência. Quando a porta instalada for do tipo de eixo

vertical, ela deve abrir para o lado externo do boxe. Recomenda-se a instalação de ducha higiênica ao lado da bacia, dotada de registro de pressão para regulagem da vazão.

As bacias sanitárias devem estar a uma altura, com o assento, entre 0,43 m e 0,46 m do piso acabado. O acionamento da descarga deve estar a uma altura de 1,00 m, do seu eixo ao piso acabado, e ser preferencialmente do tipo alavanca ou com mecanismos automáticos.

Os lavatórios devem ser suspensos, sendo que sua borda superior deve estar a uma altura de 0,78 m a 0,80 m do piso acabado e respeitando uma altura livre mínima de 0,73 m na sua parte inferior frontal. O sifão e a tubulação devem estar situados a no mínimo 0,25 m da face externa frontal e ter dispositivo de proteção do tipo coluna suspensa ou similar. Não é permitida a utilização de colunas até o piso ou gabinetes. As torneiras de lavatórios devem ser acionadas por alavanca, sensor eletrônico ou dispositivos equivalentes. Quando forem utilizados misturadores, estes devem ser preferencialmente de monocomando. O comando da torneira deve estar no máximo a 0,50 m da face externa frontal do lavatório. Devem ser instaladas barras de apoio junto ao lavatório, na altura do mesmo.