



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Resolução nº 070/2024 - CIB Goiânia, 03 de abril de 2024

Aprova a implantação da Política Estadual de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Goiás.

A Coordenação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás, no uso das atribuições regimentais que lhe foi conferida e considerando:

- 1 – A Constituição Federal de 1988, artigos 196 a 200;
- 2 – 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;
- 3 – A Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, 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;
- 4 – A Portaria nº 2.048/GM/MS, de 05 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;
- 5 – A Portaria nº 1.828/GM/MS, de 2 de setembro de 2004, que institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional;
- 6 – A Portaria nº 2.972/GM/MS, de 09 de dezembro de 2008, que orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde – Programa QualiSUS priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências;
- 7 – O Decreto 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;
- 8 – A Portaria nº 2.395/GM/MS, 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);
- 9 – A Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC;
- 10 – A Portaria nº 2.809/GM/MS, de 7 de dezembro de 2012, que estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 11 – A Portaria nº 1.366/GM/MS, de 8 de julho de 2013, que estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); A Portaria GM/MS nº 1.366, de 8 de julho de 2013, que estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 12 – A Portaria nº 2.777/GM/MS, de 18 de dezembro de 2014, que regulamenta o financiamento e uso do medicamento trombolítico Tenecteplase no âmbito do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 13 – A Portaria nº 10/GM/MS, de 3 de janeiro de 2017, que redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Urgência e Emergência, no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- 14 – A Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que redefine as diretrizes implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Urgência e Emergência;
- 15 – A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Urgência e Emergência;
- 16 – A Portaria nº 3438/GM/MS, de 7 de dezembro de 2021 (*), que dispõe acerca de ações estratégicas, no âmbito da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e inclui, exclui e altera atributos de procedimento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Prótese e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS;
- 17 – A Portaria nº 516/GM/MS, de 21 de junho de 2023, que altera itens da seção I, II, e IV do Capítulo I, do Título II da Portaria de Consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, que tratam das normas de credenciamento e habilitação das unidades de assistência e dos centros de referência de alta complexidade cardiovascular, neurologia, e traumatologia e ortopedia;
- 18 – A Portaria nº 958/GM/MS, de 17 de julho de 2023, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os valores do incentivo financeiro de custeio para manutenção das unidades móveis e Centrais de Regulação das Urgências efetivamente implantadas do SAMU 192;
- 19 – A Portaria nº 1.631/GM/MS, de 23 de outubro de 2023, que estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada referente ao reajuste dos valores de habilitação e qualificação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados, Municípios e Distrito Federal;
- 20 – A Portaria nº 1997/GM/MS, de 24 de novembro de 2023, que altera as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para tratar da habilitação, da homologação e do financiamento dos serviços da Rede de Urgência e Emergência, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

21 – As discussões no Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde, da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, realizado em 18 de março de 2024.

R E S O L V E:

Art. 1º Aprovar em Reunião Ordinária, do dia 22 de março de 2024, a implantação da Política Estadual de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Goiás.

§1º A Rede de Urgência e Emergência do Estado de Goiás será implementada, gradativamente, nas 05 Macrorregiões de Saúde do Estado: centro-oeste, centro-sudeste, centro-norte, sudoeste e nordeste, respeitando-se o Plano de Desenvolvimento Regional (PDR) e os critérios epidemiológicos, densidade populacional e capacidade instalada.

§2º A priorização e ordem de implementação da Redes Macrorregionais de Urgência e Emergência no Estado deverá ser pactuada em CIB.

Art. 2º Constituem-se diretrizes da Rede de Urgência e Emergência:

I. Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgências e emergências, incluindo as clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

II. Ampliação do acesso, com acolhimento aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;

III. Classificação de risco com linguagem única em toda a rede;

IV. A caracterização de Urgência, como toda a situação aguda ou agudização de situação crônica com início em um tempo menor que 24h.

V. Regionalização da saúde e atuação no território macrorregional;

VI. Regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) com garantia da equidade e integralidade do cuidado através dos complexos reguladores de urgência no âmbito macrorregional;

VII. Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado prioritárias: cardiovascular, cerebrovascular, traumatológica e sepsis;

VIII. Gerenciamento do Serviço Móvel de Urgência Emergência - SAMU 192, por meio de consórcio público intermunicipal macrorregional;

IX. Articulação Interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada por meio das Comissões Intergestores Regionais - CIR, Comissão Intergestores Macrorregionais - CIM e Comissão intergestores Bipartite – CIB com o apoio técnico - operacional do Comitê Gestor Macrorregional das Redes de Atenção às Urgências Emergências;

X. Qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

Art. 3º O modelo de atenção para as condições agudas será baseado na classificação de risco e mediante a adoção de protocolo de linguagem único em todo o Estado.

§1º A definição do Protocolo de linguagem para classificação de risco, bem como a forma de implantação será pactuada mediante resolução CIB.

§2º A SES proverá capacitação dos trabalhadores do SUS referente ao protocolo pactuado na forma do parágrafo anterior.

Art. 4º Componentes da Rede de Urgência e Emergência e seus objetivos:

I. Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde – tem como objetivo estimular e fomentar todos os municípios da macrorregião a desenvolverem ações de saúde e de educação permanente e popular, voltadas para a vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica; visando interferir nos determinantes sociais dos quadros agudos, como: prevenir as violências e acidentes, lesões e mortes no trânsito e as doenças crônicas não transmissíveis, mediante ações intersetoriais de participação e mobilização da sociedade.

II. Atenção Primária à Saúde - as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família têm como atribuição e prerrogativa a atenção às urgências de baixa gravidade em todos os municípios, assim como ao atendimento inicial de suporte básico de vida às situações emergenciais, sendo fundamental que a Atenção Primária-/Saúde da Família se responsabilize pelo acolhimento dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura, cuja complexidade seja compatível com esse nível de assistência.

III. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências. Tem como objetivo manter uma escuta permanente, 24h/24h, todos os dias da semana, acessado pelo número "192" da Central de Regulação de Urgências, a todas as solicitações de atendimento de urgência, respondendo através de orientação telefônica médica ou com o envio de unidades móveis, adequadas a cada situação. Quando necessário a intervenção com unidades móveis, tripuladas por equipe capacitada, chega o mais precocemente possível à vítima/paciente após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, as sequelas ou mesmo à morte.

a) O atendimento pode ser de dois tipos:

1. Atendimento de urgência: naquelas situações agudas que tenham iniciado a menos de 24h, oriundas de um cidadão, de forças de segurança ou de um ponto de atenção. E quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento da condição aguda.

2. Solicitação de transferência inter-hospitalar: pode também ser requisitado para transferências inter-hospitalares de pacientes graves.

b) Da composição:

1. Central de Regulação das Urgências: estrutura física constituída por profissionais (médicos reguladores, enfermeiros de apoio à regulação, telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM) e controladores de frota) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma Rede de Atenção;

2. Base Descentralizada: infraestrutura que garante tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 macrorregional, conforme definido no Plano de Ação Macrorregional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s).

c) Das unidades de atendimento móveis. As unidades móveis para atendimento de urgência podem ter as seguintes categorizações:

1. Unidade de Suporte Básico de Vida - USB Terrestre: tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico de enfermagem;

2. Unidade de Suporte Avançado de Vida - USA Terrestre: tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;

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

4. Motolâncias: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolâncias;

5. Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

6. Transporte aeromédico, asas fixas ou asas rotativas.

IV. Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas. Estabelecimentos não hospitalares de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar. Tem como objetivo 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, prestando suporte básico e avançado para a estabilização dos pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, seguindo os protocolos das linhas de cuidado pactuadas e definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade, de acordo com os fluxos pactuados. Idealmente não devem manter o paciente/vítima por mais de 12h. Subdividem-se em:

a) UPA 24h Nova: UPA 24h construída com recursos de investimento específico para esse fim;

b) UPA 24h Ampliada: UPA 24h construída, a partir do acréscimo de área com adequação física dos estabelecimentos de saúde denominados Policlínica; Pronto Atendimento; Pronto socorro Especializado; Pronto Socorro Geral.

V. Componente hospitalar. Constituído pelas portas hospitalares de urgência e emergência hierarquizados, pelas enfermarias de retaguarda clínica, pelas unidades de cuidados prolongados, pelos hospitais especializados em cuidados prolongados, pelos leitos de terapia intensiva, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pela organização das linhas de cuidado. As linhas de cuidado prioritárias, mas não únicas, são as linhas de cuidado de: LC do infarto agudo do miocárdio (IAM); LC do acidente vascular cerebral (AVC); LC da traumatologia e LC da sepse.

VI. Atenção domiciliar. Compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio.

VII. Complexo Regulador. O Complexo Regulador deve garantir o acesso ao recurso pactuados em CIB para a macrorregião e apresentar ao Comitê Gestor Macrorregional da RUE seus relatórios que devem servir de base para monitoramento e alterações nas pactuações de pontos de atenção e fluxos. O complexo também se responsabiliza pela regulação da transferência de pacientes, sendo o responsável pela garantia de transferência inter-hospitalar para as situações de maior gravidade e que exijam transporte especializado (ex.: UTI móvel, transporte aéreo, etc.). Estas transferências de pacientes graves poderão ser realizadas, mas não obrigatoriamente, pelo SAMU-192, cuja função principal é o atendimento às urgências. O complexo regulador congrega as instituições e competências do sistema SAMU e da Política Estadual de Regulação Assistencial, e tem como objetivo principal garantir a resposta, no tempo adequado, para situações de gravidade com potencial de deterioração rápida do paciente. Também é responsável, através do Núcleo de Educação Permanente (NEP) em Urgências, dar formação e manutenção da educação permanente para profissionais do SAMU, assim como de toda a rede de atenção às urgências. O complexo regulador das urgências será administrado por meio de um ente público macrorregional, o Consórcio Público Intermunicipal Macrorregional, responsável pelo Gerenciamento do SAMU-192, através de convênio com a SES-GO, e abrigará:

a) Central de Regulação de Urgências do SAMU-192;

b) Central de Regulação de Leitos(assistencial) Macrorregional;

c) Unidades Móveis do SAMU e suas equipes alocadas junto ao Complexo;

d) Núcleo de Educação Permanente em Urgência;

e) A administração do ente público macrorregional (Consórcio Público Intermunicipal Macrorregional) para o Gerenciamento do SAMU-192;

f) Outras centrais de atendimento às urgências como bombeiros, polícias e concessionárias através de convênios particulares entre elas, o ente público macrorregional (Consórcio Público Intermunicipal Macrorregional) e a SES-GO.

VIII. Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência (RUE). O Comitê Gestor Macrorregional de Urgências é responsável pelo monitoramento e decisões executivas da RUE Macrorregional, coordenado pela diretoria macrorregional de saúde e composto de membros gestores públicos da saúde, representantes do SAMU, regulação de leitos macrorregional (assistencial), especialistas, diretores dos hospitais de referência, representante da Atenção Primária, representante da vigilância em saúde, entre outros. Assume o papel de monitoramento e formulador de proposições para a melhoria da rede de urgência. Para tal faz o acompanhamento do desempenho dessa rede, discute e propõe repactuações dentro da rede, apura e analisa reclamações e divergências dentro da sua área de abrangência no que tange à rede de urgência e acompanha a aplicação dos pactos, convênios e contratos para o pleno desempenho da Rede de Urgência e Emergência. O Comitê Gestor Macrorregional da RUE é constituído como câmara técnica consultiva para todas situações de urgência junto à Comissão Intergestores Macrorregional (CIM), com garantia de escuta ininterrupta e com autoridade delegada pelo poder público e pactuada com todos os componentes da rede para o acompanhamento, pactuação e repactuação dos pontos de atenção e dos fluxos mais adequados ao atendimento das linhas de cuidado estabelecidas.

Art. 5º Dos critérios organizativos dos pontos de atenção componentes da rede:

§1º Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde. As SES GO e municípios deverão empenhar esforços na articulação e pactuações, inclusive com vistas a captação de recursos federais, visando enfrentar os determinantes sociais que influenciam o quadro epidemiológico que impacta o componente assistencial da RUE. Com o objetivo de consolidar as ações de vigilância e prevenção de violências e de promoção da saúde e da cultura da paz no SUS, a secretaria estadual e os municípios podem apresentar projetos para o financiamento federal de ações de vigilância, promoção e prevenção às violências e aos acidentes.

§2º Atenção Primária à Saúde compreenderá:

I. Acolhimento dos quadros agudos: o acolhimento/atendimento às urgências de baixa gravidade/complexidade com classificação de risco devem ser desempenhadas por todos os municípios. Como pontos de atenção com portas abertas, também devem ter capacidade de atendimento inicial, com suporte básico de vida, às situações emergenciais;

II. Capacitação de recursos humanos: a capacitação inicial e educação permanente dos profissionais da Atenção Primária, para o atendimento às Situações de Urgência ou Emergência serão de responsabilidade tripartite e com acompanhamento do NEP. Através do NEP serão

fomentadas orientações sobre cuidados em urgência e emergência para a comunidade;

III. Estruturação dos recursos físicos: Todas estas unidades devem ter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento de urgências e emergências e sala para observação até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário;

IV. Estruturação da grade de referência: mediados pelo Comitê Gestor Macrorregional da RUE, e auxiliado pelas Centrais de Regulação de Urgência e de Leitos, devem estar claramente definidos os fluxos e mecanismos de transferência dos pacientes que necessitarem de outros níveis de complexidade da rede assistencial, de forma a garantir seu encaminhamento, seja para unidades não hospitalares, pronto socorros, ambulatórios de especialidades ou unidades de apoio diagnóstico e terapêutico. Além disso, devem ser adotados mecanismos para a garantia de transporte para os casos mais graves, que não possam se deslocar por conta própria, através do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada.

§3º Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências. A macro regionalização é pré-requisito para análise do componente SAMU 192, com implantação das centrais de regulação das urgências nas macrorregiões, a fim de ampliar o acesso às populações dos municípios. No planejamento, deverá ser utilizado, prioritariamente, o parâmetro de tempo-resposta, ou seja, o tempo adequado tecnicamente transcorrido entre a ocorrência do evento de urgência e emergência e a intervenção necessária. O componente SAMU 192 deverá dispor de programa de capacitação permanente, através do Núcleo de Educação Permanente em Urgência, instalado junto ao Complexo Regulador de Urgências. A implantação do SAMU 192 macrorregional seguirá a diretrizes contidas na Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, nº 1.010, de 21 de maio de 2012, e a metodologia empregada pela SES - GO para o atendimento de 100% da população em relação às urgências. A distribuição dos pontos de atenção levará em consideração a combinação dos critérios descritos abaixo, considerando a premissa do tempo-resposta de 100% da população atendida em até 60 minutos de um ponto de atenção fixo e não mais de 25 minutos de um ponto de atenção móvel, a ser pactuada na CIM e CIB. A organização da RUE e do SAMU seguirá os seguintes parâmetros:

I. O funcionamento será de modo hierarquizado, estratificado e regionalizado, seguindo o desenho da Rede de Atenção;

II. O polo da macrorregião preferencialmente sediará o Complexo Macrorregional de Regulação de Urgência, integrando-se à Regulação Estadual;

III. O polo da macrorregião deverá ter pelo menos uma Unidade de Suporte Avançado (USA) e uma USB;

IV. O polo da região deverá ter pelo menos uma USB;

V. A localização das bases descentralizadas, onde se situará pelo menos uma USB, obedecerá aos parâmetros de número de população, área de abrangência e tempo resposta.

VI. O critério de raio de ação dessas bases considerará a velocidade média das vias de 60 Km/h nas rodovias de áreas não urbanas, e de 30 Km/h nas áreas urbanas

VII. Os municípios que serão sede das bases descentralizadas devem estar localizados em interseção rodoviária. Preferencialmente, devem conseguir abranger pelo menos mais dois municípios, não sendo limítrofes com outros Estados ou macrorregiões;

VIII. A base que contiver uma USA deverá também conter, pelo menos, uma USB;

IX. A distribuição geográfica(espacial), para o atendimento de grandes áreas com baixa densidade populacional, deverá atender princípios de malha viária e dar cobertura em áreas onde pelos critérios anteriores permaneceu com um vazio evidente, colocando uma unidade do SAMU no município mais populoso desta área;

X. A proporção do financiamento tripartite para será pactuada na CIB de acordo com a disponibilidade dos recursos financeiros dos municípios, do Ministério da Saúde e da SES – Goiás, e as legislações vigentes, sendo o componente municipal de 25% do montante para custeio, distribuído de forma per capita na macrorregião, o componente federal derivado das portarias específicas e o componente estadual variável;

XI. O dimensionamento do serviço deverá obedecer à proposta do plano macrorregional de investimento e terá custeio tripartite;

XII. O SAMU Macrorregional deverá ser gerenciado por um ente público macrorregional (Consórcio Público Intermunicipal Macrorregional).

§4º Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas. Classificação em opção:

I. Para o custeio da UPA 24h, o Ministério da Saúde repassará o valor mensal conforme a capacidade operacional de funcionamento, declarada no Termo de Compromisso de Funcionamento da Unidade, de acordo:

Opções	Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade	Valor do incentivo financeiro para custeio de UPA 24h Nova	Valor do incentivo financeiro para qualificação de UPA 24hNova
I	2 (1 diurno e 1 noturno)	R\$ 50.000,00	R\$ 35.000,00
II	3 (2 diurnos e 1 noturno)	R\$ 75.000,00	R\$ 52.500,00
III	4 (2 diurnos e 2 noturnos)	R\$ 100.000,00	R\$ 70.000,00
IV	5 (3 diurnos e 2 noturnos)	R\$ 137.000,00	R\$ 98.000,00
V	6 (3 diurnos e 3 noturnos)	R\$ 175.000,00	R\$ 125.000,00
VI	7 (4 diurnos e 3 noturnos)	R\$ 183.500,00	R\$ 183.500,00
VII	8 (4 diurnos e 4 noturnos)	R\$ 216.500,00	R\$ 216.500,00
VIII	9 (5 diurnos e 4 noturnos)	R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00

II. Para o custeio da UPA 24h Ampliada, habilitada e qualificada, o Ministério da Saúde repassará o valor mensal conforme a capacidade operacional de funcionamento, declarada no Termo de Compromisso de Funcionamento da Unidade, de acordo com a legislação vigente.

Opções	Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade	Nº de atendimentos médicos /mês(03.01.06.010-003.01.06.009-6 03.01.06.002-9)	Nº de atendimentos classificação de risco / mês(03.01.06.011-8)
I	2	2250	2250
II	3	3375	3375
III	4	4500	4500
IV	5	5625	5625
V	6	6750	6750
VI	7	7875	7875
VII	8	9000	9000
VIII	9	10125	10125

§5º O Componente Hospitalar.

I. Portas de Entrada Hospitalares de Urgência: 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. Para o desenho da RUE deverão se enquadrar nos seguintes critérios:

a) Pertencer à unidade hospitalar estratégica para a RUE que seja referência loco regional, regional ou macrorregional realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros municípios;

b) Contar com, no mínimo, 30 (trinta leitos) cadastrados no SCNES;

c) Na condição de hospital especializado, possuir habilitação em pelo menos uma das linhas de cuidado: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, traumato-ortopedia ou ser referência para o atendimento em pediatria.

II. Tipologia portas de entrada hospitalares de urgência e emergência estratégicas:

a) Hospital de Primeiro atendimento com Sala de Estabilização. Hospitais de pequeno porte, menos de 30 leitos, situados em áreas de vazios assistenciais que estejam acima de 60 minutos de uma referência hospitalar regional situado em áreas de vazios assistenciais que estejam acima de 60 minutos de uma referência hospitalar microrregional. Com previsão de implantação de Sala de Estabilização, prevista na normativa ministerial. A Sala de estabilização instalada nestes hospitais visa a estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculada a uma unidade hospitalar articulada e conectada aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências. Idealmente não devem manter o paciente/vítima por mais de 6h. Requisitos que devem ser observados para implantação da sala de estabilização nestes hospitais:

1. cobertura regional do componente SAMU 192 para a localidade de instalação da SE;

2. localização da SE em Município que ocupe posição estratégica em relação à Rede de Urgência e Emergência, objetivando menor tempo-resposta para atendimento e encaminhamento aos demais serviços de saúde referenciados;

3. configuração da SE como serviço de apoio ao atendimento, transporte e/ou transferência de pacientes críticos/graves em locais com grande extensão territorial ou de característica rural ou com isolamento geográfico de comunidades;

4. instalação da SE em Hospitais de Pequeno Porte, definidos como unidade de referência para o primeiro atendimento e fora da área de abrangência de UPA 24 horas;

5. presença de equipe mínima de saúde composta por um médico, um enfermeiro e pessoal técnico com disponibilidade para assistência imediata na SE aos pacientes críticos/graves admitidos, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;

6. treinamento e qualificação da equipe atuante na SE para atendimento de urgências;

7. A SE deve ser implantada com a observância dos parâmetros constantes do Anexo 9 do Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, § 1º);

8. Recursos tecnológicos presentes no hospital (24 horas): análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia, radiologia convencional e sala de urgência equipada com carrinho de emergência.

b) Hospital Geral. Hospital regional de referência populacional acima de 100.000 habitantes. Características:

1. Plantão presencial 24 horas: Médico clínico e pediatra ou segundo médico clínico que atenda criança, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.

2. Plantão médico alcançável das especialidades: cirurgião geral, traumato-ortopedista, anestesista, gineco-obstetra (se o hospital for referência para Maternidade), e pediatra (quando não houver plantão presencial do pediatra).

3. Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, sala cirúrgica disponível para o Pronto-Socorro.

* Os casos de suspeita de lesão vascular deverão ser assumidos pelo cirurgião geral.

c) Hospital Especializado Tipo I: Hospital de referência para uma ou mais regiões de saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização/PDR. Deve ter uma cobertura populacional acima de 200 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel em uma das linhas de cuidado: AVC, IAM, Trauma ou outra a ser definida estadualmente ou pelo Ministério da Saúde.

1. Hospital de Referência ao Trauma Nível I: Hospital de referência para uma ou mais regiões de saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização/PDR. Deve ter uma cobertura populacional acima de 200 mil habitantes. Deve possuir o serviço de referência habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel em trauma. 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.

1.1. Plantão presencial 24 horas: Médicos clínicos, pediatria, cirurgião geral do trauma, gineco obstetra, traumato-ortopedista, neurocirurgião, anestesista, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.

1.2. Plantão médico alcançável das especialidades: cirurgiões plásticos, cirurgião vascular, buco-maxilo facial e outras especialidades de

acordo com as necessidades locais e avaliação do comitê gestor de urgência e emergência da macrorregião, tais como: cirurgia pediátrica, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, etc.

1.3. Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, endoscopia digestiva, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, tomografia computadorizada, sala cirúrgica de grande porte disponível para o Pronto-Socorro nas 24 horas, Terapia Intensiva Especializada, angiografia intervencionista e acesso a heliponto.

2. Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares Nível I. Hospital de referência para uma ou mais regiões de saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização/PDR. Deve ter uma cobertura populacional acima de 200 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel em doenças cardio-vasculares e em especial ao atendimento da linha de cuidado em IAM. 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.

2.1. Plantão presencial 24 horas: médico clínico, cardiologista, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.

2.2. Plantão médico alcançável das especialidades: médico hemodinamicista, anestesista e cirurgião cardiovascular.

2.3. Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, endoscopia digestiva, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, tomografia computadorizada, sala cirúrgica de grande porte disponível para o Pronto-Socorro nas 24 horas, Terapia Intensiva Geral e Unidade Coronariana, ecocardiografia e hemodinâmica.

3. Hospital de Referência ao Acidente Vascular Cerebral Nível I. Hospital de referência para uma ou mais regiões de saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização/PDR. Deve ter uma cobertura populacional acima de 200 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel em neurologia, dentro da linha de cuidado do AVC. 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.

3.1. Plantão presencial 24 horas: médico clínico, neurologista, anestesista, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.

3.2. Plantão médico alcançável das especialidades: médico neurocirurgião, em caso de serviço de referência deve ser aprovado pelo Comitê Gestor, médico hemodinamicista, radiologista intervencionista.

3.3. Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, endoscopia digestiva, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, tomografia computadorizada, sala cirúrgica de grande porte disponível para o Pronto-Socorro nas 24 horas, Terapia Intensiva Geral e especializada, ecocardiografia, hemodinâmica, tratamento endovascular, unidade de AVC, ressonância nuclear magnética e capacidade de orientação de outros serviços por telemedicina.

d) Hospital Especializado Tipo II (Polivalente): Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento. Deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 600 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumato-ortopedia, cardiologia/ cardiovascular ou como referência para pediatria ou outras linhas de cuidado definidas pelo Estado ou pelo Ministério da Saúde. 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.

1. Plantão presencial 24 horas: Médicos clínicos, pediatria, cirurgião geral do trauma, gineco-obstetra, traumato-ortopedista, neurologista, neurocirurgião, cardiologista, anestesiologista, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.

2. Plantão médico alcançável das especialidades: médico hemodinamicista, radiologia intervencionista, cirurgião cardiovascular, cirurgião plástico, cirurgião vascular, cirurgião buco-maxilo facial e outras especialidades de acordo com as necessidades locais e avaliação do Comitê Gestor de Urgência e Emergência da região, tais como: cirurgia pediátrica, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, etc.

3. Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, endoscopia digestiva, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, tomografia computadorizada, sala cirúrgica de grande porte disponível para o Pronto-Socorro nas 24 horas, Terapia Intensiva Geral e Especializada, Unidade Coronariana, ecocardiografia, hemodinâmica, tratamento endovascular, unidade de AVC, ressonância nuclear magnética, angiografia intervencionista, acesso a heliponto e capacidade de orientação de outros serviços por telemedicina.

III. O plano macrorregional para definição do quantitativo e da localização dos hospitais que comporão a rede de urgência e emergência será elaborado em oficinas de trabalho, considerando os seguintes critérios:

a) População adscrita;

b) Tempo resposta de no máximo 60 (sessenta) minutos, através de um ponto fixo ou móvel, para 100% (cem por cento) da população da macrorregião.

IV. Leitos de Retaguarda. O Componente Hospitalar de Atenção às Urgências deverá garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Urgência e Emergência, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, leitos de Cuidados Prolongados e leitos de terapia intensiva.

a) O número de novos leitos de retaguarda de enfermarias clínicas e terapia intensiva (UTI) será calculado de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, conforme definido na Portaria n.º 1.631/GM/MS, de 01/10/2015.

b) Os novos leitos de retaguarda poderão localizar-se nas unidades hospitalares estratégicas, ou em outros hospitais de retaguarda localizados nas macrorregiões de saúde em que estejam situadas as unidades hospitalares estratégicas.

c) O número de novos leitos de Cuidados Prolongados será calculado de acordo com parâmetros de necessidade definidos em Portaria MS/GM 2395/2011.

Art. 6º Dos critérios de elegibilidade e do incentivo financeiro complementar. A Rede Hospitalar de Urgência e Emergência terá incentivo específico e pactuado junto à CIB do Estado de Goiás, a ser repassado do Fundo Estadual de Saúde e do Fundo Nacional de Saúde, mediante assinatura de instrumento de contratualização para complementar o custeio das equipes, observados os seguintes critérios:

I. Complexidade dos serviços;

II. Densidade tecnológica;

III. População adscrita;

IV. Equipe de assistência necessária; e

V. Disponibilidade orçamentária de acordo com o plano de financiamento macrorregional.

Art. 7º Para fins do disposto no artigo anterior, as instituições da Rede Hospitalar de Urgência e Emergência serão classificadas

conforme tipologias estabelecidas nesta Portaria, obedecendo ainda os seguintes critérios:

- I. estar localizado preferencialmente em município sede de macrorregião
- II. aderir às políticas de urgência e emergência da SES-GO e do Ministério da Saúde/MS, implementando as diretrizes propostas de organização da rede hospitalar de Urgência e Emergência;
- III. possuir plantões presenciais e alcançáveis nas áreas de urgência de acordo com as tipologias estabelecidas nesta Portaria;
- IV. ter os recursos tecnológicos de acordo com as tipologias estabelecidas nesta Portaria;
- V. ter habilitação junto ao Ministério da Saúde como hospital e para as especialidades de acordo com as tipologias previstas nesta norma;
- VI. responder ao Complexo Regulador da Macrorregião de acordo com a rede estabelecida e os fluxos pactuados.

Art. 8º Os hospitais credenciados e habilitados na Rede de Urgência e Emergência, bem como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24H), receberão incentivos financeiros federais conforme normatização vigente e incentivos estaduais complementares a serem definidos em instrumento específico, posteriormente.

I. As instituições só farão jus ao recebimento do incentivo após a efetiva implantação da Rede, obedecidos todos os requisitos dispostos e atestados pela Política Estadual de Urgência e Emergência e pelo Comitê Gestor Macrorregional das Urgências e Emergências.

II. A Secretaria de Estado de Saúde/SES-GO repassará o incentivo financeiro mediante assinatura do Termo de Compromisso. As instituições que serão habilitadas para receberem o incentivo da Política da RUE serão contratualizadas em instrumento específico devendo seguir as metas estabelecidas dentro do contrato.

III. Os municípios em gestão plena deverão manter seus repasses financeiros aos seus hospitais, os demais municípios receberão através da Secretaria Estadual de Saúde .

IV. Todos os repasses mensais ficarão condicionados ao encaminhamento pela CIM do atesto do cumprimento das exigências estabelecidas nos respectivos Termos celebrados.

V. Para atestar o cumprimento das exigências a CIM se baseará no relatório mensal do Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência.

a) Nos casos de observação de não conformidades, o pagamento será suspenso.

b) Caso as inconformidades sejam sanadas em tempo hábil, o restabelecimento do pagamento se dará mediante relatório do Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência, que deverá ser aprovado pela CIM.

Art. 9º O SAMU macrorregional deverá ser gerenciado por um ente público macrorregional, primado no estabelecimento de Consórcio Público Macrorregional Intermunicipal.

I. No ato de adesão à Rede de Urgência, os municípios da macrorregião deverão garantir contrapartida financeira municipal a ser repassada a um ente público de direito público para gestão do SAMU 192 macrorregional (Consórcio Público Intermunicipal Macrorregional), sendo responsáveis por 25% do custeio mensal do SAMU, dividido percapitamente na macrorregião.

II. Para adesão à Rede de Urgência os municípios da macrorregião deverão garantir contrapartida financeira municipal para custeio do SAMU, no montante de 25% do custeio mensal e a ser definida em instrumento próprio que descreva também a contrapartida financeira estadual e federal.

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 10. A Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Coordenação de Urgências/Emergências, fará o acompanhamento das ações em cada macrorregião onde será implantada a Rede de Urgência.

§1º Esse acompanhamento inclui a participação nas reuniões do Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência, os acompanhamentos e análises dos relatórios definidos no plano de metas do ente público macrorregional (Consórcio Público Intermunicipal Macrorregional), o ajustamento do contrato com referido ente, o acompanhamento dos processos de educação permanente da rede instalada, a execução dos contratos hospitalares realizados (através de relatórios mensais enviados pelo Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência), a análise de registros de ocorrências e dos parâmetros definidos, entre outras ações.

§2º O monitoramento global das respostas da Rede de Urgência é de responsabilidade:

- I. Da Coordenação da Urgência e Emergência, da SES-GO;
- II. Da Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação/SES-GO;
- III. Do Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência.
- IV. Da CIM;
- V. Das Comissões de Acompanhamento e Avaliação;

Art. 11. Em cada rede macrorregional implantada é constituído um Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência, sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde, subsidiando a CIM no que se refere às questões pertinentes às urgências da rede instalada, sendo o Comitê Gestor uma Câmara Técnica da CIM.

§1º Caberá ao Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência representar o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias a permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências Regional e Estadual, em suas instâncias de representação institucional.

§2º O Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência emitirá relatório de suas reuniões e deverá submetê-lo à homologação da CIM e parecer dos demais membros que exercem o monitoramento e execução do Programa.

Art. 12. A CIM deverá encaminhar para a Secretaria Estadual de Saúde, mensalmente, o relatório de observância dos contratos firmados, baseando-se no relatório do Comitê Gestor Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência, para que os repasses sejam mantidos ou suspensos.

DAS COMPETÊNCIAS

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

I. planejar, implantar em conjunto com o Comitê Gestor Macrorregional de Urgência e Emergência as ações e políticas da Rede de Urgência e Emergência;

II. monitorar as metas e compromissos qualitativos, emitindo relatório conclusivo ao final da vigência dos Termos de Compromissos firmados;

III. formalizar os Termos de Compromisso com a SES-GO;

IV. garantir o investimento inicial para implantação e custeio da infraestrutura física das Bases Descentralizadas Municipais, qual seja, (internet, telefonia, recolhimento de resíduos sólidos de saúde, etc.) e funcionamento das mesmas em local adequado para guarda e higiene das ambulâncias, bem como o conforto das equipes e a otimização das saídas para as ocorrências, obedecendo ao preconizado pelo Programa Arquitetônico mínimo do Ministério da Saúde.

Art. 14. Compete ao nível Central da SES-GO:

I. Planejar, implantar as ações e políticas da Rede de Urgência e Emergência;

II. autorizar o repasse dos recursos financeiros ao ente público macrorregional da RUE (Consórcio Público Intermunicipal Macrorregional);

III. Monitorar as metas e compromissos qualitativos, emitindo relatório conclusivo ao final da vigência dos Termos de Compromissos firmados.

IV. Receber, publicar e acompanhar a execução dos Termos a serem celebrados com os Municípios e Hospitais provenientes desta Portaria.

V. Realizar projeto arquitetônico e a construção do Complexo Regulador em cada uma das macrorregiões

VI. Coordenar os Comitês Gestores Macrorregionais da RUE

Art. 15. Compete ao Comitê Gestor Macrorregional de Urgência e Emergência:

I. o monitoramento do acesso à Urgência e Emergência nas 24 (vinte e quatro) horas nos 7 (sete) dias da semana por meio do Complexo Regulador Macrorregional;

II. emitir parecer, entre os representantes do Estado e dos Municípios, sobre assuntos referentes à Rede de Urgência e Emergência, a fim de subsidiar as decisões da CIM nas discussões da atenção às urgências e emergências;

III. submeter seus pareceres à aprovação da CIM;

IV. realizar visitas técnicas, periódicas, para o acompanhamento e validação da execução dos compromissos assumidos pelas instituições, emitindo mensalmente relatório de adequação aos contratos que deve ser homologada pela CIM para encaminhamento à Secretaria de Estado da Saúde;

V. analisar e validar os relatórios mensais apresentados pelas Instituições;

§ 1º Para subsidiar suas decisões, o Comitê Gestor poderá constituir câmaras temáticas de acordo com o perfil epidemiológico da região ou com as peculiaridades do parecer demandado.

§ 2º A composição do Comitê Gestor Macrorregional de Urgência e Emergência, bem como seu Regimento Interno serão publicados posteriormente em Portaria específica.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 16. O componente força nacional de saúde do SUS quando necessário poderá ser requisitado nas situações de crise em que se fizerem necessários.

Art. 17. Em atenção a classificação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) por porte, deverá ser considerado que as unidades que estão habilitadas de acordo com esses critérios, deverão ser readequadas para classificação por opção.

Art. 18. Esta resolução entra em vigor nesta data, revogando-se as disposições em contrário.

REPRESENTAÇÃO ESTADUAL

RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR

Secretário de Estado da Saúde

REPRESENTAÇÃO MUNICIPAL

PATRÍCIA PALMEIRA DE BRITO FLEURY

Presidente do COSEMS

SES - COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, em GOIANIA - GO, aos 03 dias do mês de abril de 2024.



Documento assinado eletronicamente por **PATRÍCIA PALMEIRA DE BRITO FLEURY**, Usuário Externo, em 04/04/2024, às 05:57, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR**, Secretário (a) de Estado, em 05/04/2024, às 16:37, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **58575861** e o código CRC **9AE392A3**.



Referência: Processo nº 202400010021148



SEI 58575861