

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR, DOMICILIAR E DE URGÊNCIA (DAHU)

PERGUNTAS FREQUENTES

Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar

1. O que é a Coordenação - Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar?

A Coordenação - Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP) é responsável pela implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) com programas e ações relacionados à qualificação hospitalar. A CGHOSP integra o Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU) da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES).

São de sua responsabilidade:

- A criação de instrumentos técnicos e legais para a implantação dos dispositivos da PNHOSP, como a habilitação e a contratualização dos estabelecimentos, o desenvolvimento de instrumentos de avaliação e o monitoramento de gestão da qualidade e segurança do paciente nos hospitais SUS;
- A análise do mérito em projetos de investimento que visem à estruturação física e tecnológica dos estabelecimentos hospitalares no SUS; e
- A coordenação do processo de Certificação de Hospitais de Ensino, entre outras competências definidas no Regimento Interno do Ministério da Saúde

Os processos de trabalho desenvolvidos e os serviços prestados pela Coordenação - Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar são:

- I. Propostas de investimento/convênio relacionadas à atenção hospitalar e domiciliar
- II. Habilitação de leito de terapia intensiva
- III. Habilitação de Unidade de Cuidado Prolongado (UCP)
- IV. Habilitação de Hospital-Dia (HD)
- V. Contratualização
- VI. Recursos de custeio para hospitais
- VII. Incentivo financeiro 100% SUS
- VIII. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

- IX. Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (HPP)
- X. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

PROPOSTAS DE INVESTIMENTO/CONVÊNIO RELACIONADAS À ATENÇÃO HOSPITALAR

1) Como solicito investimentos para o meu município ou entidade?

O financiamento de investimento em (i) equipamento e material permanente; (ii) veículo para transporte sanitário (Ambulância tipo A; Van e Micro-ônibus); e (iii) obra na estrutura física (reforma, ampliação e construção) é definido no Orçamento Geral da União e está condicionado à disponibilidade orçamentária. Pode ocorrer de dois modos: indicação de recurso de emenda parlamentar ou indicação de recurso de programa/ação do orçamento do Ministério da Saúde.

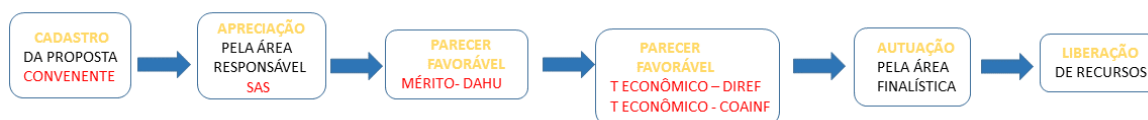
O acesso dá-se pelo cadastro de proposta no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br), do Ministério da Saúde.

Para a aprovação de proposta cadastrada considera-se a solicitação da entidade e do respectivo gestor da saúde com base nos indicadores epidemiológicos, nas peculiaridades que norteiam a rede local de atenção à saúde e na referência geográfica dos serviços, bem como na legislação pertinente, destacando-se:

- Lei nº. 8.080/1990;
- Decreto nº 7.508/2011;
- Decreto nº 6.170/2007;
- Portaria Interministerial nº 424/CGU/MF/MP/2016;
- Resolução CIT nº. 10/2016; e
- Cartilha para apresentação de propostas (disponível no site supracitado).

No caso de ambulância tipo A e veículo para transporte eletivo, destacam-se as Portarias GM/MS nº. 2.214/2017 e nº 2.563/2017.

O processo de formalização do convênio até a liberação dos recursos está esquematizado na figura abaixo:



2) Recebi um investimento para aquisição de veículo de transporte eletivo no valor de 170.000,00 posso comprar dois veículos de 80.000,00?

O conveniente não poderá comprar o veículo de menor valor. Ele deverá utilizar os recursos conforme a concessão e a destinação, tendo em vista o plano de trabalho aprovado.

3) Recebi um investimento para aquisição de uma ambulância e quero comprar um veículo de maior valor?

O plano de trabalho aprovado deve ser todo executado; assim quando o valor do veículo licitado for maior que o valor repassado, o conveniente poderá aportar recursos próprios para a compra do veículo.

4) Recebi um recurso para investimento como devo fazer a prestação de contas?

Sendo o recurso transferência fundo a fundo, a prestação de contas deverá ser feita por meio de Relatório Anual de Gestão – RAG, previsto na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e no Decreto nº 1.651, de 28 de setembro 1995, e analisado pelo respectivo Conselho Estadual, Municipal ou Distrital de Saúde. Os convênios devem ter a prestação de contas devidamente registrada Na Plataforma +Brasil, conforme previsto na Portaria Interministerial 424 de 30 de dezembro de 2016: <http://plataformamaisbrasil.gov.br/rede-brasil>

5) Qual o procedimento do Ministério da Saúde para o pagamento dos recursos de investimentos empenhados?

Informações sobre o pagamento podem ser obtidas no Fundo Nacional de Saúde: <http://portalfns.saude.gov.br/>

HABILITAÇÃO DE LEITO DE TERAPIA INTENSIVA

1) Quais critérios meu estabelecimento de saúde deve observar para ter habilitação do leito de UTI?

Para a Habilitação de leitos de UTI Adulto, Pediátrico, Neonatal e Unidade Coronariana (UCO), o estabelecimento de saúde deve apresentar o módulo do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) “leito complementar” atualizado e atender aos critérios previstos na legislação vigente:

- Artigos 144 a 148, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/ 2017;
- Artigos 64 a 91, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/ 2017; e
- RDC nº 07/2010 – ANVISA.

2) Como faço para solicitar a habilitação de leito de UTI?

Os processos para a habilitação de novos leitos de UTI deverão ser apresentados no Sistema de Apoio a Implementação de Políticas de Saúde (SAIPS), pelo respectivo Gestor da Saúde. Após o envio da solicitação, a proposta deverá ser acompanhada utilizando o número da proposta gerado pelo próprio sistema.

O caminho para acessar o SAIPS é <http://saips.saude.gov.br>. É importante, antes de cadastrar a proposta para solicitação de habilitação, ler o manual disponível no link <http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/saips/manuais-do-sistema>

Neste link, há manuais que orientam o cadastro do gestor e a forma como os documentos necessários devem ser inseridos no sistema.

3) Quais são os critérios usados pelo Ministério da Saúde para a criação de novos leitos?

Para a criação de novos leitos, levam-se em consideração os critérios e parâmetros definidos nos artigos 102 a 106, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2017.

O documento “Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde” está disponível para acesso no link: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Caderno-1-Criterios-e-Parametros-ASSISTENCIAIS-1-revisao.pdf>.

Além do número de habitantes e de hospitais existentes não só no município, mas na região, consideram-se:

- o número de internações esperadas,
- proporção de internações em UTI por especialidade,
- fator de ajuste de taxa de recusa esperada para o tipo de leito,
- tempo médio de internação esperado em UTI,
- taxa de ocupação do leito,
- percentual de disponibilidade do leito, e
- fator de ajuste de paciente não residente.

Os parâmetros indicados na referida portaria são referenciais quantitativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório. Aos estados e municípios cabe promover a alteração e ajustes necessários para a adequação à realidade epidemiológica e demográfica, aos patamares de oferta e ao estágio de estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

existente na região.

Também é de responsabilidade dos estados e municípios submeter a solicitação de habilitação de novos leitos ao Ministério da Saúde.

4) Como conseguir vaga em leito de UTI?

O ente responsável pela organização do acesso aos serviços de saúde é o gestor local do SUS. Compete à Secretaria Municipal de Saúde gerenciar, por meio de regulação dos leitos, a assistência necessária no próprio município, ou quando não a possuir, encaminhar os pacientes para municípios maiores.

HABILITAÇÃO DE UNIDADE DE CUIDADO PROLONGADO (UCP)

1) Qual é a legislação atual sobre cuidados prolongados no SUS?

- Artigos 149 a 174, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/ 2017,
- Artigos 948 a 966, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017.

2) Como são organizados os serviços de cuidados prolongados no SUS?

Os cuidados prolongados são organizados como:

- Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP), com serviços em um hospital geral ou especializado ou
- Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP), com serviços somente em cuidados prolongados

3) Quem pode ter um serviço de cuidado prolongado?

Qualquer hospital, geral ou especializado, conforme normativa vigente, que tenha pactuado no Estado (CIB – Comissão Intergestores Bipartite) o Plano de Ação Regional de Saúde.

Os processos para habilitação de nova Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) ou novo Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP) deverão ser apresentados no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), pelo respectivo Gestor de Saúde.

Após o envio da solicitação, a proposta deverá ser acompanhada utilizando o número da proposta gerada pelo próprio sistema. O link de acesso ao SAIPS é <http://saips.saude.gov.br>.

É importante, antes de cadastrar a proposta para solicitação de habilitação, ler o manual disponível no link:

<http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/saips/manuais-do-sistema>

Neste link, há manuais que orientam o cadastro do gestor e a forma como os documentos necessários devem ser inseridos no sistema.

HABILITAÇÃO DE HOSPITAL-DIA (HD)

1) O que é Hospital-Dia?

A modalidade de Hospital-Dia consiste na assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas.

2) Qual a legislação atual sobre Hospital-Dia?

Inciso IV, art. 6º, Anexo XXIV, Anexo I, arts. 1 ao 10, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017.

3) Qual hospital pode funcionar como Hospital-Dia?

Para funcionar como Hospital-Dia, o hospital deve ter a habilitação pactuada na Comissão Intergestores Bipartites (CIB).

O processo para a habilitação como hospital-dia deverá ser apresentado no Sistema de Apoio a Implementação de Políticas de Saúde (SAIPS), pelo respectivo Gestor da Saúde. Após o envio da solicitação, a proposta deverá ser acompanhada utilizando o número da proposta gerado pelo próprio sistema. O caminho para acessar o SAIPS é <http://saips.saude.gov.br>.

É importante, antes de cadastrar a proposta para solicitação de habilitação, ler o manual disponível no link:

<http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/saips/manuais-do-sistema>

Neste link há manuais que orientam o cadastro do gestor e a forma como os documentos necessários devem ser inseridos no sistema.

4) O hospital já foi habilitado com o serviço de Hospital-Dia. Quando o município receberá recursos financeiros por isso?

A habilitação do serviço não gera impacto financeiro para o Ministério da Saúde nem alteração no teto financeiro do estado/município.

CONTRATUALIZAÇÃO

1) O que é a contratualização?

A contratualização consiste na formalização da relação entre o respectivo gestor do SUS e os hospitais integrantes do SUS, por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

2) Como ocorre a contratualização entre o gestor e os hospitais?

O processo de contratualização deverá ser formalizado entre o gestor local do SUS com os hospitais sob sua gestão, conforme disposto no art. 3º do Anexo 2 do Anexo XXIV, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/ 2017.

3) Qual a legislação vigente sobre a contratualização?

Inciso IV do art.6º, anexo XXIV, anexo II, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017.

4) Quais hospitais recebem Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC)?

Atualmente, recebem o IAC os hospitais que aderiram ao Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e do Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos.

Informações e orientações sobre a contratualização podem ser adquiridas com o envio de Ofício à CGHOSP, e-mail: cghosp@saude.gov.br ou por contato telefônico (61) 3315-6153.

Não há legislação vigente para novas adesões ao IAC.

RECURSOS DE CUSTEIO PARA HOSPITAIS

1) Qual o papel da CGHOSP na análise de custeio para os hospitais?

Esta ação tem como objetivo avaliar as necessidades de novos recursos financeiros federais para custear os serviços de saúde dos hospitais que tenham aumentado a produção assistencial, com proposta de ampliação ou criação de novos estabelecimentos hospitalares no SUS.

2) Quem pode solicitar?

O gestor local do SUS poderá solicitar aportes de recursos financeiros federais para os hospitais integrantes do SUS, por meio de Ofício à CGHOSP, enviado por correio ou para o e-mail para cghosp@saude.gov.br.

3) Quais documentos devem ser enviados ao Ministério da Saúde para aumento dos recursos a serem recebidos pelo hospital?

- Ofício do Gestor com justificativa da necessidade do aumento do respectivo teto financeiro.
- Instrumento contratual vigente e o antigo (informando o valor TOTAL do contrato), bem como os respectivos termos aditivos, além do extrato do Instrumento Contratual publicado.
- Documento Descritivo vigente e o anterior (antigo Plano Operativo Anual - POA).
- Constituição, composição e atas de reunião ou Relatórios da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento dos últimos 12 meses.
- Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou da Comissão Intergestores Regional (CIR), com prazo de até 6 meses do protocolo de solicitação.
- Informações sobre o gerenciamento do hospital - gestão própria ou por meio de Organização Social, Empresa Pública e outros (não se aplica aos hospitais privados/filantrópicos).
- O demonstrativo das fontes de financiamento federal, estadual, municipal, entre outras.

4) Qual a legislação vigente sobre custeio federal para hospitais?

Inciso IV do art. 6º, anexo XXIV, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02/2017.

5) O hospital produz acima do pactuado ou tenho proposta de ampliação de serviço. Posso solicitar o aumento do valor do custeio federal para a unidade hospitalar?

Sim. A solicitação só pode ser realizada pelo gestor de saúde local. Para isso, é necessário a pactuação em CIB ou CIR e o envio da documentação à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar.

INCENTIVO 100% SUS

1) O que é o incentivo 100% SUS?

O Incentivo Financeiro 100% SUS destina-se às unidades hospitalares que se caracterizem como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e que destinem 100% (cem por cento) de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao Sistema Único de Saúde.

2) Quais hospitais podem receber o incentivo 100% SUS?

Hospitais privados sem fins lucrativos que sejam 100% SUS.

3) Como solicitar o incentivo 100% SUS?

O hospital poderá solicitar ao gestor local, a qualquer tempo, o encaminhamento da solicitação ao Ministério da Saúde para adesão ao Incentivo, acompanhada dos seguintes documentos:

I - ofício do gestor de saúde local solicitando a adesão da unidade hospitalar para recebimento do Incentivo Financeiro 100% SUS;

II - cópia do ato constitutivo da pessoa jurídica, devidamente registrado no órgão competente, que demonstre a condição de pessoa jurídica sem fins lucrativos, especialmente os seguintes requisitos:

- a) ausência de remuneração, por qualquer forma, seus dirigentes pelos serviços prestados;
- b) aplicação integral dos recursos, decorrentes ou não de superávit de contas, na manutenção e desenvolvimento dos objetivos sociais; e
- c) previsão, em caso de dissolução ou extinção, da destinação do eventual patrimônio remanescente a entidade sem fins lucrativos congêneres ou a entidades públicas;

III - declaração do gestor de saúde local atestando o cumprimento do requisito da prestação de atendimento ambulatorial e hospitalar, conforme dispõe o art. 1º desta Portaria;

IV - declaração da comunicação formal da solicitação à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou ao Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal, e

V - cópia do Contrato e do Plano Operativo Anual (POA).

A solicitação para adesão ao Incentivo Financeiro 100% SUS será por meio do SAIPS - Sistema de Apoio a Implementação de Políticas de Saúde.

O processo para a habilitação de hospital 100% SUS deverá ser apresentado no SAIPS - Sistema de Apoio a Implementação de Políticas de Saúde, pelo respectivo Gestor de Saúde. Após o envio da solicitação, a proposta deverá ser acompanhada utilizando o número da proposta gerado pelo próprio sistema. O caminho para acessar o SAIPS é <http://saips.saude.gov.br>.

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS)

1) O que é o Programa Nacional de Segurança do Paciente?

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1º de abril de 2013 pela Portaria GM/MS nº 529. O PNSP tem como objetivo melhorar a assistência prestada aos usuários em todos os estabelecimentos de saúde do Brasil.

Existem seis (6) [protocolos Básicos de Segurança do Paciente](#) para tornar o cuidado mais seguro.

Os incidentes associados ao cuidado de saúde, e em particular os eventos adversos (incidentes com danos ao paciente), representam uma elevada mortalidade no mundo. Exemplos desses eventos são a queda do paciente da cama, aplicação errada de medicamento, falhas durante a cirurgia, etc.

Por isso, o PNSP propõe ações para diminuir os riscos à saúde do paciente nos locais onde ele é atendido.

2) Como devo proceder em caso de alguma falha ou dano durante a internação?

Em caso de problemas com o atendimento prestado, dirija-se à ouvidoria do Hospital e da Secretaria de Saúde. Peça um retorno à sua queixa ou sugestão sempre que o fizer.

3) Quais os serviços devem ter Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Plano de Segurança (PSP) e Protocolos básicos de segurança do paciente?

Qualquer serviço de saúde pode ter NSP, PSP e Protocolos básicos de segurança do paciente. O Programa Nacional de Segurança do Paciente é válido para todos os serviços, e os protocolos devem ser implantados de acordo com o perfil do serviço prestado.

1) O que são Hospitais de Pequeno Porte?

São os hospitais que possuem até 30 leitos de internação cadastrados no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme o inciso III, art. 6, Anexo XXIII, art. 2, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017.

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

1) O que é o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa?

O SAD é composto por diversos profissionais da saúde, que atendem no domicílio das pessoas que, temporária ou definitivamente, estão restritas ao leito ou ao lar e que necessitam de cuidados de saúde mais intensivos do que aqueles executados pelas equipes da atenção primária (básica).

2) Como posso receber atendimento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) por meio do Programa Melhor em Casa?

O atendimento do SAD por meio do Programa Melhor em Casa deve, preferencialmente, ser acionado pelos profissionais da rede de atenção à saúde que estiverem atendendo o indivíduo. Assim, pode ser acionado tanto pelo hospital em que o usuário estiver internado, como pela Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) ou pela equipe de Saúde da Família/Atenção Primária.

Caso você precise deste serviço, ou saiba de alguém que precise, faça contato com a Unidade Básica de Saúde mais próxima da sua casa ou com a Secretaria de Saúde do seu município para confirmar se existem equipes do Melhor em Casa em sua cidade e como acessar este serviço.

3) Como obter dados referentes à Atenção Domiciliar (AD), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) por meio do Programa Melhor em Casa?

A partir de 2016, as equipes de Atenção Domiciliar passaram a utilizar o e-SUS, sendo que os relatórios estão em via de disponibilização. Parte deles já se encontram no endereço eletrônico www.saude.gov.br/cgad acessando “dados e informações”.

Informações ainda não disponibilizadas podem ser solicitadas à Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/DAHU/SAS/MS pelo e-mail atencaodomiciliar@saude.gov.br

Para saber mais sobre Atenção Domiciliar, Serviço de Atenção Domiciliar ou Programa Melhor em Casa acesse: www.saude.gov.br/cgad.

4) Como solicitar habilitação ou ter o Serviço de Atenção Domiciliar / Programa Melhor em Casa no meu município?

Este pedido deverá ser formalizado ao Ministério da Saúde pela Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde via Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS).

O secretário municipal, estadual ou distrital da saúde, antes de solicitar, precisa ter conhecimento da legislação e dos critérios exigidos para a implantação de suas equipes.

Observações:

- Verifique se o município atende os objetivos do Serviço de Atenção Domiciliar e indicação para o Programa Melhor em Casa.

- Fique atento para o porte populacional que deve ser de acordo com IBGE; aos tipos, composições e carga horária das Equipes Multiprofissional: EMAD Tipo I; EMAD Tipo II e EMAP; e que para cada tipo de equipe o valor de incentivo de custeio (R\$/mês) é diferenciado.

- Se possui retaguarda assistencial como SAMU 192 e hospital de referência.

5) Qual a legislação atual do Serviço de Atenção Domiciliar

As legislações vigentes são:

- Artigo 307, da Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017;
- Artigos 531 a 564, da Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017;
- Artigos 305 a 312, da Portaria de Consolidação Nº6, de 28 de setembro de 2017.

Estas portarias poderão ser encontradas em www.saude.gov.br/cgad ou acessando <http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>

6) Qual o passo a passo para meu município receber recursos de custeio federal para o Serviço de Atenção Domiciliar?

Passo a passo para habilitação em custeio no Serviço de Atenção Domiciliar programa Melhor em Casa:

1. Inserir proposta com documentação específica no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), acessível no endereço eletrônico: <http://saips.saude.gov.br/>, e enviar para o Ministério da Saúde.
2. A proposta passará por análise técnica pela equipe responsável pela Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde. Após análise, a proposta poderá ser aprovada, colocada em diligência para possíveis ajustes ou rejeitada.
3. Cabe ao gestor local do SUS o acompanhamento da proposta no SAIPS.
4. Uma vez aprovada pela Coordenação de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, a proposta será encaminhada para análise e aprovação orçamentária e financeira pela Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas/CGSI/DERAC/SAS/MS.
5. Aguardar a publicação de portaria de habilitação no Diário Oficial da União.
- 6 Após a publicação da Portaria de habilitação, a(s) equipe(s) terá 90 dias para ser implantada no SCNES e entrar em funcionamento.

SAIBA MAIS

1) Como proceder em caso de necessidade de transferência para um Hospital?

No SUS essa responsabilidade é chamada de “regulação de leitos”. As secretarias municipais e estaduais mantêm essa área para organizar o fluxo de pacientes em sua rede.

2) Gostaria de obter os dados das unidades hospitalares, como, por exemplo, quantitativo de leitos, profissionais por unidade, endereços, no Brasil ou em determinadas regiões/ estados/ municípios.

Essas informações podem ser obtidas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Link para acesso: <http://cnes2.datasus.gov.br/> ou <http://cnes.saude.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>.

3) Gostaria de obter informações sobre o quantitativo de usuários que acessam determinada unidade hospitalar.

Essas informações poderão ser obtidas junto à respectiva Secretaria de Saúde do Município/Estado, responsável pela gestão da unidade de saúde em referência.

CONTATOS

Coordenação Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar/DAHU/SAES/MS - (61) 3315-6153.

cgahd@saude.gov.br

Coordenação-Geral de Urgência

COMO FUNCIONA O SAMU?

O atendimento do SAMU 192 começa a partir do chamado telefônico, quando são prestadas orientações sobre as primeiras ações para o atendimento de urgência. A ligação é gratuita e pode ser feita de qualquer telefone, fixo e móvel. Os técnicos do atendimento telefônico identificam a emergência e coletam as primeiras informações sobre as vítimas e sua localização. Em seguida, as chamadas são remetidas ao Médico Regulador, que presta orientações de socorro às vítimas e aciona as ambulâncias, quando necessário.

Quando chamar o SAMU 192?

Na ocorrência de:

- problemas cardio-respiratórios;
- Intoxicação exógena e envenenamento;
- Queimaduras graves;
- Maus tratos;
- Trabalho de parto em que haja risco de morte da mãe ou do feto;
- Tentativas de suicídio;
- Crises hipertensivas e dores no peito de aparecimento súbito;
- Acidentes ou traumas com vítimas;
- Afogamento;
- Choque elétrico;
- Acidente com produtos perigosos;
- Suspeita de Infarto ou AVC (alteração súbita na fala, perda de força em um lado do corpo e desvio da comissura labial são os sintomas mais comuns);
- Agressão por arma de fogo ou arma branca;
- Soterramento ou desabamento;
- Crise convulsiva;
- Transferência inter-hospitalar de doentes graves; e
- Outras situações consideradas de urgência ou emergência, com risco de morte, seqüela ou sofrimento intenso.

Veja quando **não chamar** o SAMU 192

- Febre prolongada;
- Dores crônicas;
- Vômitos e diarreia;
- Levar pacientes para consulta médica ou para realizar exames;
- Transporte de cadáver;

- Dor de dente;
- Transferência sem regulação médica prévia;
- Troca de sonda;
- Corte com pouco sangramento,
- Entorse; ou
- Todas as demais situações onde não se caracterize urgência ou emergência médica.

Quem é o responsável por eventuais danos causados por falha no atendimento prestado pelo SAMU 192?

Neste caso, a responsabilidade é do ente municipal ou Estadual. O Ministério da Saúde orienta que o(a) cidadão(ã) deve solicitar os devidos esclarecimentos diretamente para o município ou Estado em questão.

Quais são os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para renovação de frota do SAMU 192?

O Ministério da Saúde adota, primordialmente, o critério de temporalidade para organizar o processo das renovações de frota no País. Exemplo, uma localidade estará apta a receber renovações de frota do SAMU 192 após atingir 05 (cinco) anos de uso desde sua última renovação de frota ou da data de habilitação para custeio federal. No caso de aquisição de veículo advindo de emenda parlamentar, o município estará apto após atingir 03 (três) ou mais anos de uso desde o recebimento da última renovação de frota ou da data de habilitação para custeio federal.

Qual o valor do repasse de recursos pelo Ministério da Saúde para se manter uma viatura do SAMU 192?

Os critérios para o custeio federal para manutenção das Unidades Móveis do SAMU 192 estão estabelecidos no Art. 923, da Portaria de Consolidação nº 6/2017. As Unidades Móveis situadas na Amazônia Legal terão o recurso acrescido de 30% para custeio.

Seguem os valores dos recursos federais mensais repassados aos Estados ou Municípios por Unidade Móvel:

SAMU 192	Habilitação	Incremento 30% Amazônia Legal	Qualificação	Incremento 30% Amazônia Legal
Unidade de Suporte Básico (USB)	R\$ 13.125,00	R\$ 17.062,50	R\$ 21.919,00	R\$ 28.494,70
Unidade de Suporte Avançado (USA)	R\$ 38.500,00	R\$ 50.050,00	R\$ 48.221,00	R\$ 62.687,30
Motolância	R\$ 7.000,00	R\$ 9.100,00	R\$ 7.000,00	R\$ 9.100,00
Embarcação	R\$ 45.000,00	R\$ 50.050,00	R\$ 75.000,00	R\$ 62.687,30
Aeromédico	R\$ 38.500,00	R\$ 58.500,00	R\$ 48.221,00	R\$ 97.500,00

Como posso acompanhar e fiscalizar os repasses federais para custeio dos programas UPA 24h e SAMU 192 feitos pelo Ministério da Saúde?

Todos os repasses pelo Ministério da Saúde para o município são por meio de transferência Fundo a Fundo. Ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde.

O Fundo Nacional de Saúde busca mecanismos para disponibilizar informações, para toda a sociedade, relativas aos custeios, investimentos e financiamentos do Ministério da Saúde no âmbito do SUS. As informações estão públicas e podem ser consultadas pelo link: <http://portalfns.saude.gov.br/>

O que é uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)?

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) é um dos componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde e faz parte da rede assistencial pré-hospitalar fixa de atendimento às urgências. É o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências

Presta atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e presta o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o melhor encaminhamento dos pacientes que necessitem de atendimento.

Funciona 24 horas ininterruptas, em todos os dias da semana; com equipe assistencial multiprofissional qualificada e compatível com as necessidades de atendimento de cada região.

Quando procurar uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)?

As Unidades de Pronto Atendimento funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem atender grande parte dos casos de urgências e emergências.

Veja exemplos de quando você pode procurar uma UPA 24h:

- Febre alta, acima de 39°C;
- Fraturas e cortes com pouco sangramento;
- Infarto e derrame
- Queda com torção e dor intensa ou suspeita de fratura;
- Cólica renal;
- Falta de ar intensa;
- Crise Convulsiva;
- Dores fortes no peito;
- Vômito constante

Como funciona uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)?

As Unidades de Pronto Atendimento mantêm pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminham aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

Qual o procedimento para implantação de uma UPA 24h?

O componente UPA 24h integra o Plano de Atenção às Urgências. A definição de implantação de uma UPA 24h em dada região de saúde ou município passa por estudos (Planos de Ação Regional de Atenção às Urgências), que são amplamente discutidos e aprovados na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e no Ministério da Saúde.

Na medida da existência de recursos orçamentários ou financeiros, tanto do município como do Estado e União, os pleitos serão atendidos de acordo com a execução dos Planos aprovados.

As diretrizes do Programa UPA 24h estão estabelecidas nos:

- Anexo III, artigos 70 a 93, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017;
- Artigos 885 a 909, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017.

O Ministério da Saúde faz repasses financeiros para os municípios para construção das UPA 24h. De quanto é cada repasse?

O recurso de investimento federal destinado à UPA 24h, em processo de financiamento e com portaria de habilitação publicada, é feito conforme o seu porte. Os valores atuais (abril 2019) para incentivo financeiro de investimento aplicáveis nas UPA 24h são:

PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24h	UPA 24h NOVA	UPA 24h AMPLIADA
PORTE I	R\$ 2.200.000,00	R\$ 1.500.000,00
PORTE II	R\$ 3.100.000,00	R\$ 2.500.000,00
PORTE III	R\$ 4.000.000,00	R\$ 3.500.000,00

Onde posso acompanhar a evolução das obras de UPA 24h, com financiamento fundo a fundo, em execução no meu município?

O Ministério da Saúde apoia financeiramente a execução de obras para construção, reforma e ampliação de estabelecimentos de saúde.

As obras financiadas fundo a fundo, com projeto de referência podem ser acompanhadas pelo Sistema de Monitoramento de Obras Fundo a Fundo (SISMOB) por meio do link: <https://sismobcidadeao.saude.gov.br/>

No SISMOB – Sistema de Monitoramento de Obras Fundo a Fundo, são cadastradas e monitoradas as obras com projeto de referência (fundo a fundo), para as quais o Ministério da Saúde transfere os recursos em parcelas aos estados e municípios.