



I CONGRESSO NACIONAL DE POLÍTICAS MÉDICAS

REFLETINDO A REALIDADE DA SAÚDE E DA MEDICINA BRASILEIRA

PERNAMBUCO, 14 DE SETEMBRO DE 2011



SUS  Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS



DIRETRIZ DA SAS

Prover ações e serviços de saúde com garantia de acesso equânime a uma atenção integral, resolutiva, de qualidade, humanizada e em tempo adequado.



Através da organização e desenvolvimento de REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

FUNDAMENTO NORMATIVO DA RAS

- **Art. 198 da CF/88:** *“As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade”.*
- **Lei 8.080, 1990:**
 - Art. 7º, inciso II: *“(…) integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos (…)”*
 - Art. 10º aponta *“arranjos organizacionais para as redes loco-regionais através de consórcios intermunicipais e distritos de saúde como forma de integrar e articular recursos e aumentar a cobertura das ações.*
- **Portaria 4.279 de 30/12/2010:** Estabelece diretrizes para organização da RAS no âmbito da SUS

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **Conceito:**

São **arranjos organizativos** de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que **integradas** por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam **garantir a integralidade do cuidado** (Ministério da Saúde, 2010 – Portaria 4.279, de 30/12/2010).

AS CARACTERÍSTICAS DA RAS

Formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo ABS como ordenadora do cuidado

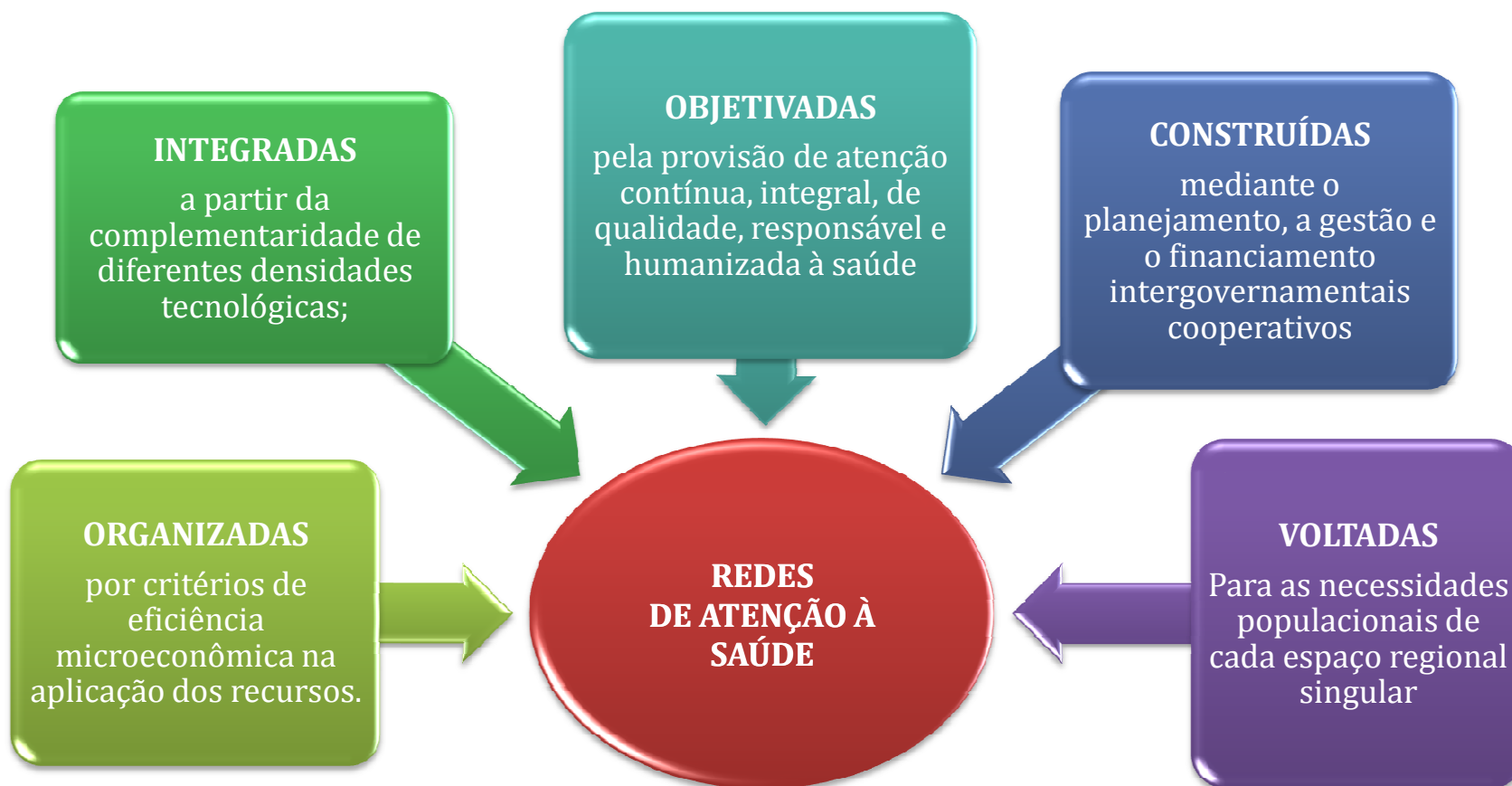
Centralidade nas necessidades de saúde da população

Responsabilização por atenção contínua e integral

Cuidado multiprofissional

Compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos

DESCRIÇÃO DO CONCEITO



AS EVIDÊNCIAS SOBRE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (Mendes, 2009)

- MELHORAM OS RESULTADOS SANITÁRIOS NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS
- DIMINUEM AS REFERÊNCIAS A ESPECIALISTAS E A HOSPITAIS
- AUMENTAM A EFICIÊNCIA DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE
- PRODUZEM SERVIÇOS MAIS CUSTO/EFETIVOS
- AUMENTAM A SATISFAÇÃO DAS PESSOAS USUÁRIAS

FONTES: WEINGARTEN ET AL. (1985); OSMAN ET AL. (1996); BERNABEI et al. (1998); MCCULLOCH et al. (1998); BYNG et al. (1998); WAGNER (1998); REUBEN et al. (1999); MALCOM et al. (2000); SIMON et al. (2001); WAGNER et al. (2001); DOUGHTY et al. (2002); UNUTZER et al. (2002); GILBODY et al. (2003); POLONSKY et al. (2003); GRIFFIN & GIMONTH (2004); KATON et al. (2004); SMITH et al. (2004); VETER et al. (2004); SINGH (2005); NUNO (2008); TOSEN & HAM (2008); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (2010)



Ministério da
Saúde



AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Ministério da Saúde está **priorizando** a construção de três redes temáticas prioritárias:

- **Atenção obstétrica e neonatal (Rede Cegonha),**
- **Urgência e Emergência**
- **Atenção Psicossocial (Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas)**

E também a:

- **Atenção oncológica** (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero)



POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

A organização da rede tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o **acesso humanizado e integral** aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma **ágil e oportuna**.

Rede de Atenção às Urgências



JUSTIFICATIVA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Alta morbimortalidade por violência, acidentes de trânsito e doenças do aparelho circulatório.

TRAUMA
30% Atendimentos nas Unidades de U/E

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

DAC-Doenças do Aparelho Circulatório

DAR-Doenças do Aparelho Respiratório

DIP-Doenças Infecciosas e Parasitárias

Fonte: SIM/SVS/MS.



Ministério da Saúde



COMPONENTES E INTERFACES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS



ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MAIOR RESOLUTIVIDADE



Componente Promoção e Prevenção



Ministério da
Saúde



Componente promoção e prevenção

Perfil epidemiológico: alta morbimortalidade por violência e acidentes

Causas externas (acidentes e violências):

- 3ª causa de morte na população geral
- 1ª causa de morte na faixa etária de 1 a 39 anos

Trânsito:

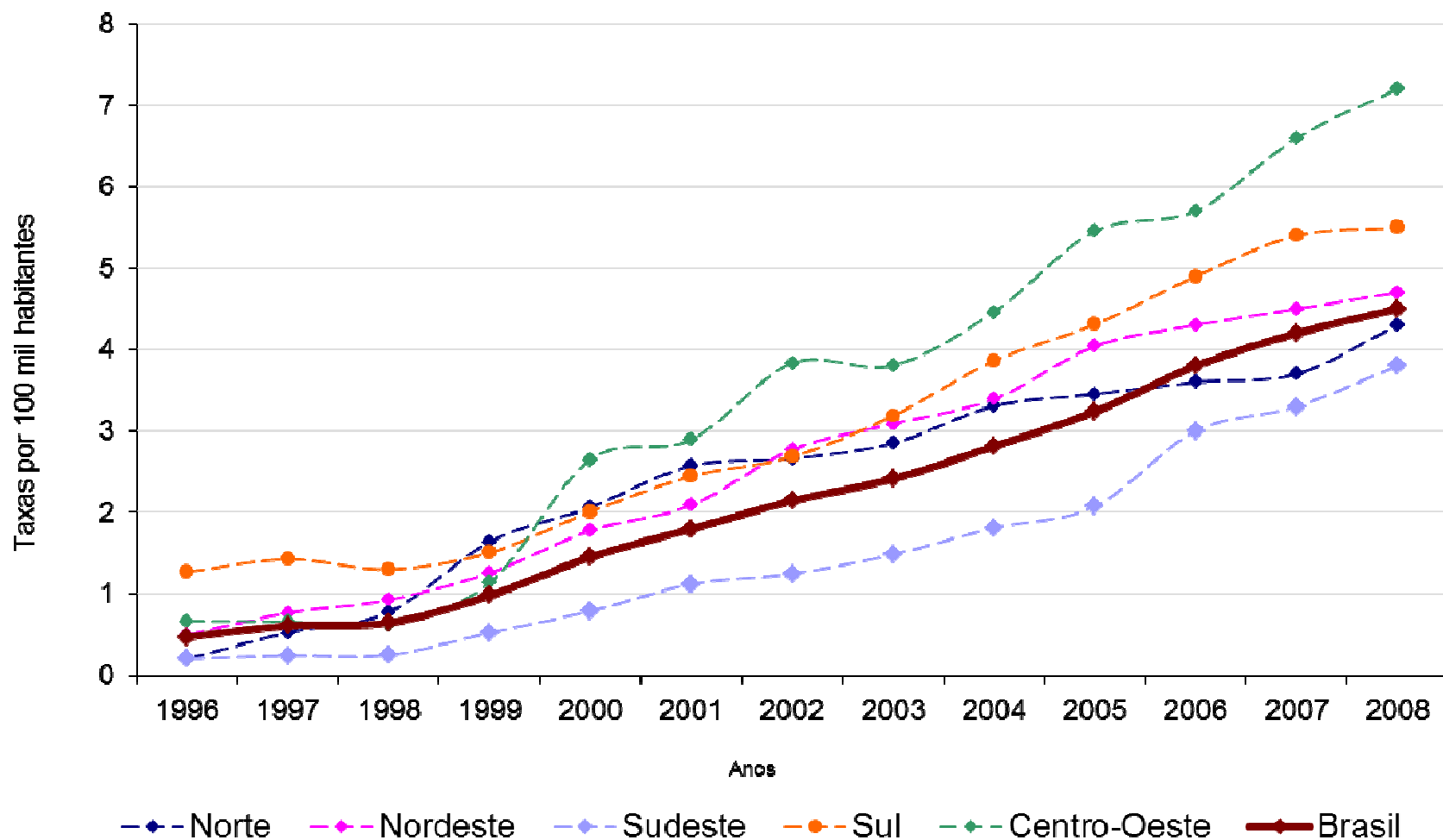
- Brasil ocupa o 5º lugar no mundo em mortes provocadas pelo trânsito (taxa e nº), atrás da Índia, China, Estados Unidos, Rússia
- 1ª causa de morte na faixa etária de 5 a 14 anos

Violências:

- Estimativa em serviços U/E: cerca de 30% atendimentos são por traumas (A&V)
- Homicídios: 1ª causa de morte de 15 a 35 anos
- **Violência Urbana:** principais vítimas são homens, jovens, negros
- **Violência Doméstica:** principais vítimas são mulheres em todas as fases da vida

Fonte SVS/MS

Taxa de mortalidade por ATT envolvendo motociclistas, por regiões: 1996-2008



Internações no SUS em decorrência do trânsito – ano de 2010

- Foram realizadas 11.329.203 internações nos hospitais do SUS, sendo **927.201** (8,2%) por causas externas (violências e acidentes). Destas, **145.920** internações (15,7%) foram devido a **ATT**.
- Dos pacientes hospitalizados por ATT, **114.285 (78,3%) eram homens** e **31.635 (21,7%) eram mulheres**.
- A faixa etária de 15 a 59 anos concentrou 84,9% das internações em homens e 70,8% das internações em mulheres. Entre os idosos (acima de 60 anos) 6,2% eram homens e 14,5% eram mulheres.
- A região Sudeste foi responsável por (44,9%) do total das internações.
- A taxa de internação por ATT no Brasil em 2010 foi de 76,2 por 100 mil habitantes.
- As maiores taxas de internação foram devido a acidentes envolvendo motociclistas; no Centro-Oeste 67,2; Nordeste 37,2; Norte 35,6; Sudeste 35,1 e Sul 23,3.

Internações no SUS em decorrência do trânsito – ano de 2010

- O gasto total contabilizado pelo SUS com as internações por ATT em 2010 foi de R\$ 187.090.173,5.
- Dentre as internações provocadas pelo trânsito, as maiores vítimas foram os motociclistas (R\$ 85,5 milhões) seguidos pelos pedestres (R\$ 49,9 milhões).
- Os gastos estão concentrados na região Sudeste, onde ocorre o maior número de acidentes (45,0%).

Fonte: Situação da base de dados nacional em 01/04/2011

Financiamento Núcleos Prevenção Acidentes e Violências

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
VIVA Inquérito	1.320.000,00	-	15.200.000,00 (com SAMU)	-	15.200.000,00 (com SAMU)	0	15.200.000,00 (com SAMU)	0
VIVA Sinan Net	-	2.130.000,00	3.830.000,00	8.230.000,00	15.790.000,00	21.010.000,00	21.010.000,00	21.010.000,00
NPVPS	4.515.000,00	5.075.000,00	6.650.000,00	11.160.000,00	21.340.000,00	28.520.000,00	28.520.000,00	28.520.000,00
Trânsito	3.000.000,00 Já fez o repasse para as 16 capitais	5.972.000,00	13.607.000,00	17.485.000,00	28.705.000,00	40.795.000,00	40.795.000,00	40.795.000,00
Total	5.835.000,00	13.177.000,00	39.287.000,00	36.875.000,00	81.035.000,00	90.325.000,00	105.525.000,00	90.325.000,00



Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT

Doenças crônicas não transmissíveis

Causa	Óbitos (N)	Óbitos (%)
1- DCNT	705.597	67,3
Cardiovasculares	308.466	29,4
Neoplasias	158.600	15,1
Dças Respiratórias	59.154	5,6
Diabetes Mellitus	47.718	4,6
Outras Doenças Crônicas	131.659	12,6
2- Maternas, Infantis e Transmissíveis	130.951	12,5
3- Causas Externas	131.032	12,5
4- Mal Definidas	80.244	7,7
TOTAL	1.047.824	100,0

Fonte : MS/SVS ,SIM 2007



Ministério da
Saúde



SAMU 192



Ambulâncias disponíveis

Serviço de Atendimento Móvel
de Urgência



Ministério da
Saúde



SAMU 192 - Universalização escalonada, Brasil, 2011 - 2018

	2011	2011	2011	2012	2012	2013	2013	2014	2014
	Inicial	Acréscimo	Final	Acréscimo	Final	Acréscimo	Final	Acréscimo	Final
Municípios (n)	1.468	2.065	3.533	291	3.824	291	4272	291	4530
População (n)	110.554.341	40.607.204	151.161.545	5.710.775	156.872.320	5.710.775	152.103.442	5.710.775	159.093.918
População (%)	57,73	21,20	78,93	2,98	81,91	2,98	84,89	2,98	87,87
Custeio anual (R\$)	380.592.000,00	238.146.000,00	618.738.000,00		691.746.000,00		764.754.000,00		837.762.000,00
Custeio Anual corrigido* (R\$)	635.588.640,00	397.703.820,00	1.033.292.460,00		1.155.215.820,00		1.277.139.180,00		1.399.062.540,00
Impacto Custeio Anual para 50% de Custeio (R\$)	254.996.640,00	159.557.820,00	414.554.460,00		463.469.820,00		512.385.180,00		561.300.540,00
Impacto Custeio Anual para 50% de Custeio Escalonado (R\$) 50/20/20/10 (%)	127.498.320,00	79.778.910,00	207.277.230,00		324.428.874,00		461.146.662,00		561.300.540,00
valor do custeio anual corrigo escalonado	508.090.320,00	317.924.910,00	826.015.230,00		1.016.174.874,00		1.225.900.662,00		1.399.062.540,00
Investimento (R\$)	8.922.843,47	15.671.880,82	24.594.724,29	49.869.422,76	74.464.147,05	4.396.243,36	78.860.390,41	4.396.243,36	83.256.633,77



Ministério da Saúde




SAMU 192 - Universalização escalonada, Brasil, 2011 - 2018

	2015	2015	2016	2016	2017	2017	2018	2018
	Acréscimo	Final	Acréscimo	Final	Acréscimo	Final	Acréscimo	Final
Municípios (n)	291	4788	291	5046	291	5304	291	5565
População (n)	5.710.775	166.147.030	5.710.775	173.261.079	5.710.775	183.692.752	5.710.775	194.207.464
População (%)	2,98	90,85	2,98	93,83	2,98	96,81	2,98	99,79
Custeio anual (R\$)		910.770.000,00		983.778.000,00		1.056.786.000,00		1.129.794.000,00
Custeio Anual corrigido* (R\$)		1.520.985.900,00		1.642.909.260,00		1.764.832.620,00		1.886.755.980,00
Impacto Custeio Anual para 50% de Custeio (R\$)		610.215.900,00		659.131.260,00		708.046.620,00		756.961.980,00
Impacto Custeio Anual para 50% de Custeio Escalonado (R\$) 50/20/20/10 (%)		610.215.900,00		659.131.260,00		708.046.620,00		756.961.980,00
valor do custeio anual corrigido escalonado		1.520.985.900,00		1.642.909.260,00		1.764.832.620,00		1.886.755.980,00
Investimento (R\$)	4.396.243,36	87.652.877,13	4.396.243,36	92.049.120,49	4.396.243,36	96.445.363,85	4.396.243,36	100.841.607,21



Ministério da Saúde





Força Nacional de Saúde FN-SUS



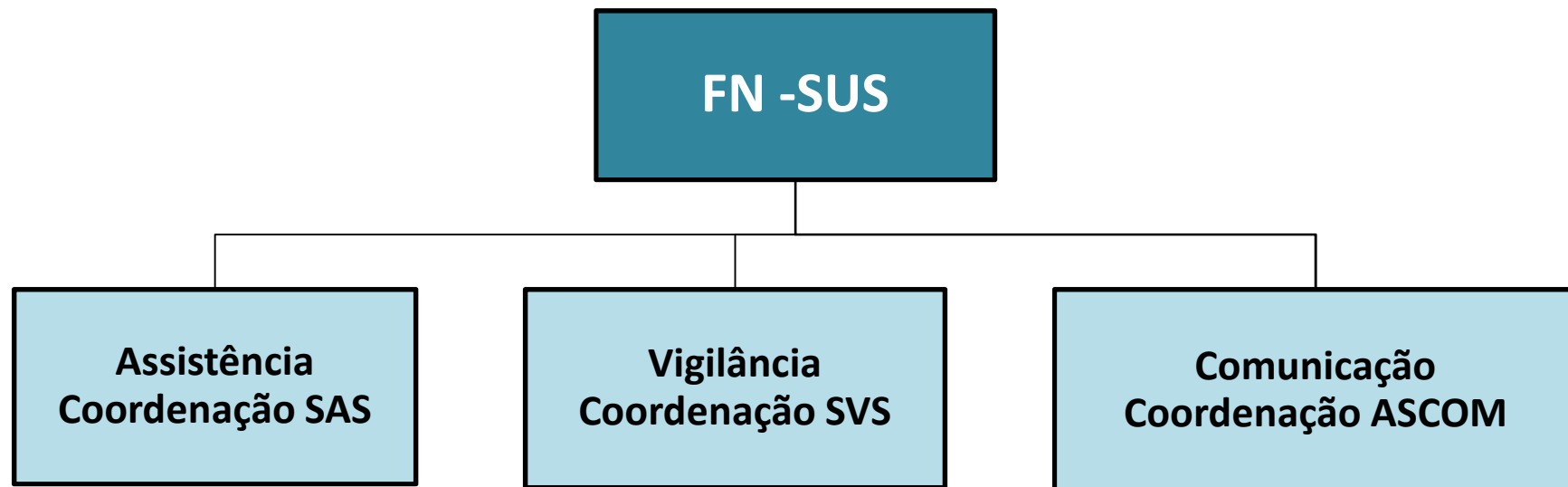
Hospital de campanha

Composição FN-SUS

Sala de Gestão de Riscos Sanitários

Coordenação SVS:

Secretarias: SAS, SE, SCTIE, SEGTS, SESAI, SEGEP





Atendimento de emergência

SUS +

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

Protocolo de Acionamento FN-SUS

DECISÃO GESTORA

- Reconhecimento de crise por parte das esferas gestoras do MS com necessidade de acionamento da FN-SUS – articulação intra e interministerial

AVALIAÇÃO PRELIMINAR

- Acionamento da FN-SUS e envio de grupo de avaliação preliminar para análise de necessidades de intervenção assistencial, bem como quantificação e tipo de dano, quantitativo e deslocamento/tempo de ação

AÇÕES

- Deslocamento de profissionais para atendimento, bem como equipamentos/infraestrutura para promoção da assistência.



SALA DE OBSERVAÇÃO E SALA DE ESTABILIZAÇÃO



Ministério da
Saúde





SUS +

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

CONCEITO E IMPLANTAÇÃO DA SALA DE OBSERVAÇÃO

- Ambiente da UBS destinado ao atendimento de pacientes em regime ambulatorial, com necessidade de observação em casos de urgência/emergência, no período de funcionamento da unidade, articulado e conectado aos outros serviços da rede de atenção às urgências, para posterior transporte e encaminhamento.
- Maior resolutividade de casos agudos e crônicos agudizados;
- Primeiro atendimento das urgências e emergências;
- Implantação de Acolhimento com classificação de risco;
- Renovação da Rede de UBS – Sala de Observação – R\$ 30.000,00 para municípios com UBS aprovada PAC 2.

CONCEITO SALA DE ESTABILIZAÇÃO

- Local de estabilização de pacientes críticos/gravos, de funcionamento 24 horas, vinculada a uma unidade de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde.

Critério para escolha de implantação das SE:

- Municípios < 50 mil habitantes, cobertura de SAMU, local estratégico, instalada serviços de saúde apoio ao atendimento/transporte/transferência e equipe mínima.



UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Ministério da
Saúde



UPA – Quadro Geral

UPA em funcionamento

118 unidades

UPA em execução

49 unidades convênio Caixa/2008

423 unidades seleção 2009/2010

15 unidades, da seleção 2009/2010, em fase de habilitação

Total em construção = 487 UPAs

UPA PAC 2

500 unidades planejadas (serviços novos ou adaptados ao padrão UPA)

Seleção 2010 – 139 unidades

Total Geral UPAs com PAC2 = 1.096



Ministério da
Saúde





UPA 24H

Estimativa de Recursos Financeiros

UPA – Custeio total



Ano	Unidade recebendo custeio	Valor total NOVA PORTARIA
2011	118	362.190.640,00
2012	168	732.285.066,40
2013	240	1.678.959.505,60
2014	579	2.501.466.552,31
2015		4.518.744.234,22
Total	1.096	4.518.744.234,22

- **Meta de Custeio Lançada no PAC 2: R\$ 1,6 bilhão**



Ministério da
Saúde



LINHAS DE CUIDADO

Conceito

“Conjunto de **saberes, tecnologias e recursos necessários** ao **enfrentamento** de determinados riscos, agravos ou **condições específicas** do ciclo de vida a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde, sendo sua implementação estratégia central para a organização e a qualificação das redes de atenção à saúde, com vistas à **integralidade da atenção.**” (Braga, E.C., 2006)

Inovações Tecnológicas em Linhas de Cuidado Prioritárias

Trauma

Cardiologia - IAM

Neurologia / Neurocirurgia - AVE



Ministério da
Saúde



Cardiologia - IAM

Mortalidade em internados com Infarto no Brasil, 2007

- ✓ No SUS - 16,1%
- ✓ No sistema privado e países desenvolvidos - <5%

- Implantar protocolos rígidos de transferência e transporte para agilização do atendimento visando o início o mais rápido possível do tratamento de reperfusão imediata aos pacientes com síndrome coronariana aguda.
- Utilizar métodos de Telemedicina para diagnóstico eletrocardiográfico precoce (Expansão do TELE ECG nos SAMU e UPAs)
- Qualificar o atendimento ao Infarto nas urgências pré-hospitalares (SAMU e UPAs) e implementar a integração entre o diagnóstico pré-hospitalar e a conduta hospitalar

Cardiologia - IAM

- Criar mecanismo de financiamento e ampliação de leitos de Unidades Coronariana - UCO para hospitais que se habilitem a participar da rede
- Ampliar o acesso a Angiologia Primária
- Melhorar a comunicação e articulação entre a Central de Regulação Médica de Urgência e as UCO visando o atendimento imediato
- Garantir o fornecimento de medicamentos essenciais ao tratamento do IAM
- Normatizar a terapia trombolítica e ampliar acesso, utilizando-a em unidades como UPA e prontos socorros hospitalares como estratégia inicial.
- Ampliar na rede a disponibilização de reabilitação pós-Infarto

Cardiologia – IAM

INVESTIMENTO LC INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO - IAM

- 39 UCOs nas 10 regiões metropolitanas com maior atendimento e mortalidade por IAM = 1 milhão para implantação

Parâmetro:

01 UCO com 10 leitos para cada 600 IAM/ano nas 10RM com maior frequência de IAM/ano. (Custeio previsto na ampliação dos leitos de UTI adulto).

- 150 Leitos de UCO nas 27 regiões metropolitanas com frequência de 100 a 599 IAM/ano

Parâmetro:

02 leitos de UCO para cada 100 IAM/ano sendo com investimento de R\$ 100.000,00 por leito

MEDICAMENTOS E PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS A SEREM INCORPORADOS

Novas medicações até 2014 nas 37 RM

Custeio Novas Drogas IAM 37 RM	
Ano	Total
Clopidogrel	R\$ 50.400.000,00
Trombolítico	R\$ 84.000.000,00
Total	R\$ 134.400.000,00

Investimento em angioplastia primária

Incentivo para Aumento de Angioplastia Primária	
Ano	Total
%	30%
Angioplastia Primária	R\$ 46.000.000,00
Total	R\$ 46.000.000,00

Custeio TeleECG

TeleECG	
Ano	Total
10 RM	R\$ 8.000.000,00
27 RM	R\$ 3.200.000,00
Total	R\$ 11.200.000,00



Ministério da
Saúde



Neurologia / Neurocirurgia - AVE

- Desenvolver ações de educação em saúde para o reconhecimento do AVE na população
- Qualificar a capacidade diagnóstica em todos os pontos da Rede
- Aumentar a capacidade logística e organização de fluxos para o atendimento aos pacientes neurológicos
- Criar unidades mistas de atendimento ao AVE nos hospitais de referência visando assistência qualificada (cuidado multiprofissional) e Capacitação do restante da Rede para o atendimento pós-internação
- Implementar o Telessaúde entre unidades de AVE e outros pontos da rede
- Possibilitar o acesso facilitado a leitos de retaguarda para crônicos e pacientes socialmente vulneráveis
- Garantir acesso a reabilitação qualificada

Neurologia / Neurocirurgia - AVE

Unidade de Atenção ao Acidente Vascular Encefálico-UAVE

- Baixo custo e alta eficiência no atendimento de pacientes complexos;
- Reduz tempo de UTI e nº de dias de internação;
- Deve ser instalada em Unidade Hospitalar que disponha de: ECG, laboratório, **TC de Crânio**, RX, angiografia, médico 24h, Neurocirurgia, Serviço Social;
- Necessário Equipe Multiprofissional na UAVE: Médico, Enfermeiro, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Psicólogo, Nutricionista.

Neurologia / Neurocirurgia - AVE

Custeio das UAVE

Parâmetro: 01 unidade/15 a 25 leitos/1 milhão de hab.

- O cálculo foi baseado na **necessidade da população referenciada** dos 151 municípios que compõem a rede das portas de entrada (população do município + 30% da pop referenciada)
- Leito/dia – R\$ 350,00

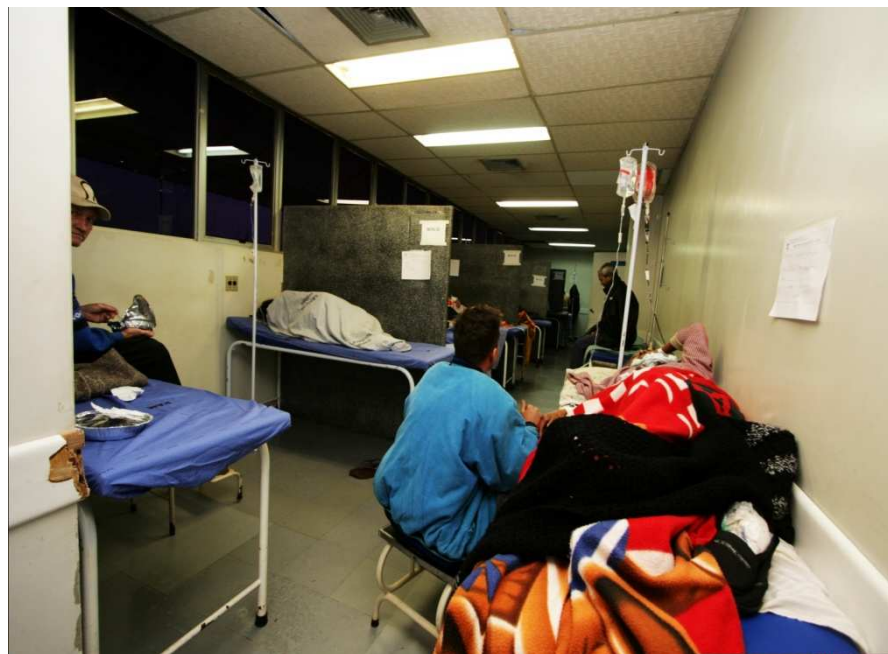
CUSTEIO DAS UAVE E TROMBOLÍTICO

Custeio	
Ano	Total 2011-2014
UAVE	R\$ 368.550.000
Trombo	R\$ 67.319.209
Total	R\$ 435.869.209

Custeio	
Ano	Total 2011-2018
UAVE	R\$ 1.408.050.000
Trombo	R\$ 148.102.260
Total	R\$ 1.556.152.260

COMPONENTE HOSPITALAR

O componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda clínicas e de longa permanência, pelos leitos de cuidados intensivos e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias.



CRITÉRIOS ADOTADOS PARA DEFINIÇÃO DAS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES

- **Porte definido pelo nº de leitos:** Hospitais com 100 ou mais leitos;
- **Referência Regional:** realizem, no mínimo, 10% dos atendimentos de outros municípios;
- **Papel assistencial:** sejam referência para, pelo menos, uma das 3 Linhas de Cuidado prioritárias, com habilitações de alta complexidade em cardiovascular, neurologia/neurocirurgia ou traumatologia.
- A partir destes critérios foram selecionados **231 portas de entrada hospitalares**, distribuídas em **151 municípios** das **27 UFs**.

Critérios de Qualificação das Portas Hospitalares de Urgências

- Estabelecer e adotar protocolos de classificação de risco, clínico, e de procedimentos administrativos no hospital;
- Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente que necessita de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e garantindo atendimento priorizado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
- Estar articulado com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, Unidades de Pronto Atendimento – UPA e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência, ordenados através das Centrais de Regulação regional;
- Possuir equipe multiprofissional compatível com seu porte;

Critérios de Qualificação das Portas Hospitalares de Urgências

- Organizar o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal;
- Implantar mecanismos de gestão da clínica, com equipe de referência para responsabilização e acompanhamento de caso e de média de permanência, com prontuário único multidisciplinar.
- Fornecer retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências em sua região: procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias.
- Garantir o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação.



Investimento para Portas Hospitalares Qualificadas Readequação física e tecnológica

R\$ 3.000.000,00

Porta Hospitalar Qualificadas de atendimento às demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, que funcione nas 24h (vinte quatro horas) do dia, todos os dias da semana, e que compõe uma rede organizada de atenção às urgências.



Ministério da
Saúde



Custeio mensal segundo porte hospitalar

Unidades Qualificadas

- I - Portas Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos, classificados como Hospital Tipo I: R\$ 100.000,00
- II - Portas Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos, classificados como Hospital Tipo II: R\$ 200.000,00
- III - Portas Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como Hospital Especializado: R\$ 300.000,00

Enfermaria Clínica de Retaguarda para Urgência

Criação de incentivo para os hospitais disponibilizarem enfermaria específica de leitos clínicos para retaguarda aos atendimentos de urgência/emergência, após pactuação junto aos gestores.

Enfermaria Clínica de Retaguarda: Leitos Clínicos

Custeio

- Para custeio do leito/dia : R\$ 300,00 para leito novo e já existente qualificado

Unidade de cuidado intensivo para retaguarda a RAU

Criação de incentivo para hospitais disponibilizarem unidades específicas para pacientes críticos como retaguarda aos atendimentos de urgência/emergência, após pactuação com os gestores.

Investimento e custeio

- Para cada leito novo: investimento de R\$100.000,00
- Para custeio: R\$ 800,00 (80% do valor de referência) para leito novo e já existente qualificado (TO=90%)

Enfermaria Crônicos de Retaguarda para Urgência

Criação de incentivo para os hospitais disponibilizarem enfermaria específica de leitos crônicos para retaguarda aos atendimentos de urgência/emergência, após pactuação junto aos gestores.

Enfermaria Crônicos de Retaguarda

Custeio

- **Para custeio do leito/dia : R\$ 200,00 para leito qualificado**

GESTÃO: NÚCLEO INTERNO DE ACESSO E QUALIDADE HOSPITALAR

- Acompanhamento do processo de acesso, qualidade e gestão da porta de entrada de forma compartilhada e solidária entre os níveis de gestão (federal, estadual e municipal) e gestor do estabelecimento hospitalar para apoio à melhoria e eficiência da gestão.

ATENÇÃO DOMICILIAR

Modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção.

- Proposta de Implantação:
 - Equipe multidisciplinar de Atenção Domiciliar – EMAD
 - Equipe de Apoio - EPAD para no mínimo 3 EMAD
- **2011 a 2018 – Total: 1907 equipes**

SÍNTESE DO FINANCIAMENTO

	2011-2014 R\$	2015-2018 R\$	2011-2018 R\$
INVESTIMENTO	2.657.743.677,68	392.773.467,04	3.050.517.144,72
CUSTEIO	16.219.393.277,47	39.780.524.134,84	55.999.917.412,31
TOTAL	18.877.136.955,15	40.173.297.601,88	59.050.434.557,03



José Eduardo Fogolin Passos
COORDENAÇÃO GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
DAE/SAS/MS
jose.eduardo@saude.gov.br



Ministério da
Saúde

