



DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 2.808, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2018.

Aprova as regras gerais para implantação e implementação das Redes Regionais de Urgência e Emergência, no Estado de Minas Gerais.

A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais/CIB/SUS/MG, no uso de suas atribuições que lhe conferem o art. 14-A da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 32 do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e considerando:

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;
- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;
- o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- a Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;
- a Portaria GM/MS nº 1.828, 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;
- a Portaria de Consolidação nº 01, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os



- direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;
- a Portaria GM/MS de Consolidação nº 3, Anexo III, de 28 de setembro de 2018, de Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;
 - a Portaria GM/MS de Consolidação nº 6, Título VIII, Cap. II, de 28 de setembro de 2018, de Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
 - a Deliberação CIB-SUS/MG nº 826, de 14 de junho de 2011, que aprova a adesão do Estado de Minas Gerais e de seus municípios na Rede Cegonha e na Rede de Atenção às Urgências/Emergências conforme normatização do Ministério da Saúde;
 - a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.280, de 17 de fevereiro de 2016, que aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e das Comissões Regionais Ampliadas (CIRA) do Estado de Minas Gerais;
 - a Resolução CES/MG nº 016, de 12 de dezembro de 2016, que dispõe sobre a aprovação do Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais para o quadriênio 2016-2019;
 - o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais;
 - a visão sistêmica e estratégica do SUS Estadual;
 - a transparência e parceria com gestores locais;
 - a necessidade de implantação da Rede de urgências e emergências e de intervenção para melhoria dos indicadores de anos potenciais de vida perdidos/ YLL mortalidade por causas evitáveis;
 - a necessidade de garantir a presença, vinte e quatro horas por dia, de equipe mínima de profissionais, de acordo com a classificação funcional e tipologia da unidade de saúde, para dar resposta eficiente aos casos de urgência e emergência;
 - a necessidade de reforçar e desenvolver o Sistema Único de Saúde no estado de Minas Gerais;
 - a aprovação do Grupo Conductor em reunião realizada no dia 23 de agosto de 2018; e
 - a aprovação da CIB-SUS/MG em sua 247ª Reunião Ordinária, ocorrida em 13 de novembro de 2018.



DELIBERA:

Art. 1º – Aprovar as regras gerais para implantação e implementação das Redes Regionais de Urgência e Emergência, no Estado de Minas Gerais, nos termos do Anexo Único desta Deliberação.

Art. 2º – Fica revogada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 747, de 7 de dezembro de 2010.

Art. 3º – Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 13 de novembro de 2018.

**NALTON SEBASTIÃO MOREIRA DA CRUZ
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E
COORDENADOR DA CIB-SUS/MG**

**ANEXO ÚNICO DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 2.808, DE 13 DE NOVEMBRO DE
2018 (disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br/cib).**



RESOLUÇÃO SES/MG N° 6.478, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2018.

Estabelece as regras gerais para implantação e implementação das Redes Regionais de Urgência e Emergência, no Estado de Minas Gerais.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 1º, da Constituição Estadual, e os incisos I e II, do artigo 39, da Lei Estadual nº 22.257, de 27 de julho de 2016 e, considerando:

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

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

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

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

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.808, de 13 de novembro de 2018, que aprova as regras gerais para implantação e implementação das Redes Regionais de Urgência e Emergência, no Estado de Minas Gerais.



RESOLVE:

Art. 1º – Estabelecer as regras gerais de implantação e implementação das Redes Regionais de Urgência e Emergência, no Estado de Minas Gerais.

CAPÍTULO I

DAS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Seção I

Composição

Art. 2º – A Rede Regional de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais é composta por:

I – Atenção Primária em Saúde;

II – Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h); as quais deverão observar, no que couber, as disposições da Portaria nº 10, 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 Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

III – Pontos de atenção hospitalar classificados de acordo com sua tipologia e função na Rede, conforme Anexo I desta Resolução;

IV – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 Regional;

V – Complexo regulador como instrumento de comando na resposta às demandas de urgência, sendo que à regulação de urgências do SAMU caberá a coordenação das ações, apoiada pelas demais centrais de regulação do complexo, de acordo com Anexo II desta Resolução; e

VI – Comitê Gestor Regional das Urgências e Emergências.

Parágrafo único – A Rede Regional de Urgência e Emergência terá abrangência Regional, de acordo com o PDR 2016, podendo apresentar variações de acordo com especificidades regionais.

Art. 3º – O modelo de atenção para as condições agudas é o acolhimento com classificação de risco.



Parágrafo único – O Protocolo de Manchester deverá ser utilizado como linguagem única em todos os pontos de atenção da Rede Regional de Urgência e Emergência contemplados pelos Programas da Rede Estadual de Urgência e Emergência.

Art. 4º – As entidades participantes da Rede de Resposta às Urgências e Emergências serão definidas de acordo com as tipologias, classificação e função na Rede, cujo detalhamento consta no Anexo I desta Resolução, observando a Carteira de Serviços Hospitalares do SUS/MG, conforme modelo de regionalização no PDR/MG e Grade de Referências pactuadas na Região.

§ 1º - São as tipologias:

I – Hospital Geral de Urgência Nível IV;

II – Hospital Geral de Urgência Nível III;

III - Hospital Geral de Urgência Nível II;

IV– Hospital Geral de Urgência Nível I Trauma;

V– Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM);

VI – Hospital de Referência às Doenças Acidente Vascular Cerebral (AVC); e

VII – Hospital Geral de Urgência Nível I Polivalente.

§ 2º – Excepcionalmente, serão consideradas Portas de Urgência e Emergência do Programa Rede de Resposta às Urgências e Emergências os serviços equivalentes aos pontos de atenção hospitalares de urgência e emergência, desde que localizados nas dependências de um hospital ou anexo a ele, possuindo cadastro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) diferente do hospital.

§ 3º – É imprescindível que os pontos equivalentes que prestam serviços de urgência e emergência tenham acesso direto e imediato aos recursos tecnológicos, recursos materiais e recursos humanos especializados de uma unidade hospitalar e que cumpram as legislações sanitárias vigentes.

§ 4º – Na hipótese prevista nos parágrafos anteriores, farão jus ao recurso financeiro do programa Rede de Resposta às Urgências e Emergências os pontos equivalentes que prestam os serviços de urgência e emergência.

§ 5º – Os casos excepcionais deverão submeter-se à avaliação e aprovação do Comitê Gestor Regional das Urgências que emitirá relatório que será submetido à apreciação das Comissões Intergestores Regionais Ampliadas (CIRA). A Coordenação Estadual de Urgência e Emergência emitirá Parecer Técnico conclusivo a partir do relatório de visita técnica emitido pela SRS/GRS e das



decisões das Comissões Intergestores Regionais Ampliadas (CIRA), e encaminhará para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/SUS-MG).

§ 6º – Os serviços equivalentes aos pontos de atenção hospitalares de urgência e emergência deverão atender aos requisitos mínimos obrigatórios para as tipologias pleiteadas.

§ 7º – As Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24 h, anexas ou próximas a uma instituição hospitalar não poderão ser contempladas pelo Programa Rede de Resposta.

Art. 5º – O plano regional 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:

I – população adscrita; e

II – tempo - resposta de, no máximo, 60 (sessenta) minutos, através de um ponto fixo ou móvel, para 90% (noventa por cento) da população da Região Ampliada de Saúde.

Parágrafo único – As entidades hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos estabelecidos neste artigo, mas que, excepcionalmente, forem consideradas estratégicas para a referência regional poderão se beneficiar dos investimentos estabelecidos nesta Resolução, desde que seja apresentado um estudo de viabilidade técnico assistencial que elenque a grade de referência pactuada, o vazio assistencial e a relevância da introdução do equipamento de saúde no Programa, considerando a avaliação dos indicadores assistenciais da Região disponibilizados em banco de dados públicos.

Seção II

Critérios de Elegibilidade dos Hospitais de Referência da Rede

Art. 6º – As Entidades hospitalares e os serviços equivalentes aos pontos de atenção hospitalares de urgência e emergência interessados em integrar a rede da Região Ampliada de Saúde de urgências e emergências deverão estar de acordo com o plano de investimentos a ser elaborado nas oficinas de trabalho das Regiões Ampliadas de Saúde.

Parágrafo único – As entidades serão classificadas nos tipos de I a VII de acordo com Anexo I obedecendo ainda os seguintes critérios:

I – estar localizado, preferencialmente, em Município-sede de Região Ampliada de



Saúde/Região de Saúde;

II – aderir às políticas de urgência e emergência da SES-MG e do Ministério da Saúde/MS, implementando as diretrizes propostas de organização da rede hospitalar de Urgência e Emergência;

III – possuir plantões presenciais, sobreaviso e alcançáveis nas áreas de urgência, de acordo com a tipologia classificada de I a VII, conforme Anexo I desta Resolução;

IV – ter os recursos tecnológicos de acordo com a tipologia prevista no Anexo I desta Resolução;

V – ser, preferencialmente, hospital incluído no PROHOSP;

VI – firmar contrato de prestação de serviços assistenciais junto ao SUS, nos termos desta Resolução, com garantia do efetivo funcionamento durante 24h por dia, todos os dias da semana;
e

VII – responder ao Complexo Regulador da Região Ampliada de Saúde, de acordo com a rede estabelecida e os fluxos pactuados.

Seção III

Implantação do SAMU-192 Regional

Art. 7º – A implantação do SAMU-192 Regional seguirá a diretrizes contidas na Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002; nº 1.864, de 29 de setembro de 2003; nº 2.970, de 8 de dezembro 2008, e a metodologia empregada pela SES-MG que leva em consideração a combinação dos critérios abaixo relacionados para garantir a premissa do tempo-resposta (90% da população ano máximo 60 minutos de um ponto de atenção fixo ou móvel):

I – o polo da Região Ampliada de Saúde sediará a central de regulação de urgência, integrando o complexo regulador;

II – o polo da Região Ampliada de Saúde deverá ter, no mínimo, uma Unidade de Suporte Avançado(USA);

III – o critério populacional mínimo de 1 (uma) Unidade de Suporte Básico/USB para cada 100.000 habitantes e 1 (uma) Unidade de Suporte Avançado/USA para cada 450.000 habitantes, calculados por município, Região de Saúde e Região Ampliada de Saúde;

IV – o polo da Região de Saúde deverá ter, no mínimo, uma USB;



V – a localização das bases descentralizadas, onde se situará pelo menos uma USB, obedecerá ao tempo médio de resposta entre 20 e 30 minutos. O critério de raio de ação dessas bases considerará a velocidade média das vias de 60Km/h nas áreas rurais e rodovias e de 30 Km/h nas áreas urbanas com mais de 500.000 habitantes;

VI – Os Municípios que terão sede das bases descentralizadas devem estar localizados em interseção rodoviária e não em final de rodovias. Preferencialmente, devem conseguir abranger, pelo menos, mais dois Municípios;

VII – a base que contiver uma USA deverá também conter, no mínimo, uma USB;

VIII – a distribuição geográfica deverá atender aos princípios de malha viária e dar cobertura em áreas onde pelos critérios anteriores permaneceu com um vazio evidente e colocar uma unidade do SAMU no Município mais populoso desta área;

IX – A proporção do financiamento tripartite será pactuada na CIRA, de acordo com a disponibilidade dos recursos financeiros dos Municípios, do Ministério da Saúde e da SES-MG;

X – O dimensionamento do serviço deverá obedecer a proposta do plano Regional de investimento e terá custeio tripartite; e

XI – O SAMU Regional deverá ser gerenciado por um ente público regional de natureza jurídica pública.

Seção IV

Complexo Regulador

Art. 8º – O complexo regulador da assistência é uma estrutura operacional, com representação no Comitê Gestor de Urgência e congrega as entidades e competências do sistema SAMU e da Política Estadual de Regulação Assistencial.

Parágrafo único – O complexo Regulador tem como objetivo principal garantir a resposta, no tempo adequado, para situações de gravidade com potencial de deterioração rápida do paciente, conforme disposto no Anexo II desta Resolução.



CAPÍTULO II

DO CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE URGÊNCIAS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Seção I

Disposições Gerais

Art. 9º – A ordem de implantação das Redes de Urgências, no Estado de Minas Gerais, considera os resultados do estudo baseados no indicador YLL - *years of life lost* -, das Regiões Ampliadas de saúde em ordem decrescente, conforme Anexo III desta Resolução, de tal forma que a prioridade seja dada às Regiões Ampliadas de Saúde com piores índices. Definida a região a implantar a rede de urgência, será estabelecido, na primeira oficina descrita no art. 13º, um prazo para adesão dos municípios que a comporão.

§ 1º – Em caso de empate, serão utilizados, sucessivamente, os seguintes critérios para implantação das Redes de Urgências no Estado de Minas Gerais:

I – adesão e pactuação dos Municípios da Região Ampliada de Saúde às características da Rede, de acordo com o Capítulo I, arts. 3º, 4º, 5º e 6º;

II – maior índice de mortalidade por causas externas;

III – maior índice de mortalidade por doenças cardiovasculares; e

IV – maior índice de mortalidade por doenças cerebrovasculares.

§ 2º – A Rede de Urgência das Regiões Ampliadas de Saúde Norte de Minas foi implantada no ano de 2009, como projeto pioneiro, e, sequencialmente, as Redes de Urgência das Regiões Ampliadas de Saúde Centro-Sul, Centro, Nordeste e Jequitinhonha, Leste, Oeste, Sul e Sudeste, permanecendo para implantação as Regiões Ampliadas de Saúde Triângulo do Norte, Triângulo do Sul, Leste do Sul e Noroeste, conforme cronograma a ser definido pela SES.

§ 3º – Para adesão à Rede de Urgência os Municípios da Região Ampliada de Saúde deverão garantir contrapartida financeira municipal para custeio do SAMU, a ser definida em instrumento próprio, que descreva também a contrapartida financeira estadual e federal para custeio do SAMU e da Rede e deverá ser revisado anualmente ou conforme a necessidade da Região Ampliada de Saúde.



Seção II

Oficinas de Implantação das Redes de Urgências no Estado de Minas Gerais

Art. 10 – A adesão dos Municípios à Política de Implantação das Redes de Urgências e Emergências no Estado de Minas Gerais deverá ser formalizada por ofício encaminhado ao Secretário de Estado da Saúde, nomeando os representantes para a participação das oficinas de implantação.

Art. 11 – No ato de adesão à Rede de Urgência e Emergência, os Municípios da Região Ampliada de Saúde deverão garantir contrapartida financeira municipal a ser repassada a um ente público de direito público para gestão do SAMU Regional e do Núcleo de Educação Permanente/NEP.

Art. 12 – A implantação das Redes de Urgências e Emergências no Estado de Minas Gerais deverá obedecer à metodologia das seguintes oficinas empregadas pela SES, na respectiva região:

I – Oficina I: estabelece o conceito de Rede e institui o Comitê Gestor Regional as Urgências de acordo com o Anexo IV desta Resolução;

II – Oficina II: estabelece os pontos e o modelo de atenção da Rede de Urgência e Emergência;

III – Oficina III: estabelece os fluxos de atenção da Rede de Urgência e Emergência e o SAMU-192 Regional;

IV – Oficina IV: estabelece o sistema de Regulação Assistencial;

V – Oficina V: estabelece o sistema de Governança e financiamento da Rede de Urgência e Emergência; e

VI – Oficina VI: estabelece a contratualização dos prestadores, os indicadores e metas da Rede de Urgência e Emergência.

Parágrafo único – O custeio da oficina será responsabilidade da SES/MG, cabendo aos Municípios garantir os recursos necessários para a participação dos técnicos municipais.



CAPÍTULO III DO FINANCIAMENTO

Seção I Disposições Gerais

Art. 13 – As entidades que possuírem critérios estabelecidos em legislação específica poderão fazer jus ao acúmulo de Tipologia, conforme descrito na Tabela do Art. 19 desta Resolução.

Art. 14 – As entidades só farão jus ao recebimento do incentivo após a efetiva implantação da Rede, obedecidos todos os requisitos dispostos no 3º, atestada pela Coordenação Estadual de Atenção às Urgências e Emergências/SRAS/SES-MG e pelo Comitê Gestor Regional das Urgências e Emergências.

Seção II Incentivo Financeiro para Custeio da Rede de Urgência e Emergência

Art. 15 – A Rede de Urgência e Emergência terá incentivo do Estado de Minas Gerais, provenientes do Fundo Estadual de Saúde e do Fundo Nacional de Saúde, repassados, quando for o caso, ao Fundo Municipal de Saúde dos Municípios, para conta específica e exclusiva, a ser aberta em nome do Fundo Municipal de Saúde – Rede de Resposta as Urgências e Emergências, mediante assinatura de Termo de Compromisso.

§ 1º - Compete aos Municípios providenciarem o repasse dos recursos financeiros às Entidades participantes da Rede de Urgência e Emergência.

§ 2º - Excepcionalmente o incentivo financeiro poderá ser repassado para a entidade beneficente.

Art. 16 – A Superintendência de Planejamento e Finanças da Secretaria de Estado de Saúde/SPF/SES - MG repassará o incentivo financeiro mediante assinatura digital do Termo de Compromisso e autorização da Coordenação Estadual de Urgência e Emergência da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde/SRAS/SES-MG.

§ 1º – Os recursos financeiros deverão ser movimentados em conta bancária exclusiva, em entidade financeira oficial.



§ 2º – Por motivos excepcionais devidamente justificados poderá ser aceita assinatura física do Termo de Compromisso.

Art. 17 – A adesão dos Hospitais à Rede de Resposta às Urgências será formalizada mediante a assinatura do respectivo termo.

Art. 18 – Os repasses mensais ficarão condicionados à validação das metas quadrimestrais definidas na Resolução SES/MG nº 6.196, de 18 de abril de 2018, pelo Gestor Municipal no Sistema de Gerenciamento de Resoluções Estaduais de Saúde – SIG-RES, ou outra que a substituir.

Parágrafo único – Nos casos de constatação de não conformidades, os repasses serão suspensos. Caso as inconformidades sejam sanadas em tempo hábil, o restabelecimento do pagamento se dará mediante relatório do comitê gestor, que deverá ser aprovado pela CIRA Regional e homologado na CIB-SUS/MG.

Art. 19 – Valor financeiro mensal de contribuição de custeio por tipologia da Rede de Resposta as Urgências e Emergências.

TIPOLOGIA HOSPITALAR	VALOR MENSAL
Hospital Geral de Urgência Nível IV	R\$ 40.000,00
Hospital Geral de Urgência Nível III	R\$ 100.000,00
Hospital Geral de Urgência Nível II	R\$ 200.000,00
Hospital Geral de Urgência Nível I Trauma	R\$ 300.000,00
Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM)	R\$ 150.000,00
Hospital de Referência às Doenças Acidente Vascular Cerebral (AVC)	R\$ 150.000,00
Hospital Geral de Urgência Nível I Polivalente	R\$ 400.000,00
Hospital Geral de Urgência Nível II e Hospital Geral de Urgência Nível I Trauma	R\$ 400.000,00
Hospital Geral de Urgência Nível II e Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM)	R\$ 300.000,00
Hospital Geral de Urgência Nível II e Hospital de	R\$ 300.000,00



Referência às Doenças Acidente Vascular Cerebral (AVC)	
Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) e Hospital de Referência às Doenças Acidente Vascular Cerebral (AVC)	R\$ 300.000,00
Hospital Geral de Urgência Nível I Trauma e Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM)	R\$ 400.000,00
Hospital Geral de Urgência Nível I Trauma e Hospital de Referência às Doenças Acidente Vascular Cerebral (AVC)	R\$ 400.000,00

CAPÍTULO IV
DO MONITORAMENTO DAS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Seção I
Disposições Gerais

Art. 20 – O monitoramento da Rede de Resposta às Urgências e Emergências é de responsabilidade:

- I – da Secretaria Municipal de Saúde/SMS;
- II – da Coordenação Estadual de Urgência e Emergência/SRAS/SES-MG;
- III – da Subsecretaria de Regulação em Saúde/SUBREG/SES-MG;
- IV – das Comissões de Acompanhamento da Reunião Regional de CIR e CIRA, conforme Resolução SES/MG nº 5.262/2016, ou outra que a substituir;
- V – do Comitê Gestor Regional das Urgências; e
- VI – da CIRA Regional.

§ 1º – Em cada Rede Ampliada de Saúde implantada será constituído um Comitê Gestor Regional às Urgências, sob a coordenação do Superintendente/Diretor Regional de Saúde, subsidiando as Comissões Intergestores Regionais Ampliadas (CIRA), no que se refere às questões pertinentes às



urgências e emergências, da rede instalada.

§ 2º – Caberá ao Comitê Gestor Regional às Urgências representar o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias, a permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências Regional e Estadual, em suas instâncias de representação institucional.

§ 3º – Na composição do Comitê Gestor Regional às Urgências deverá ser considerado o previsto no Anexo IV desta Resolução.

§ 4º – O Comitê Gestor Regional às Urgências emitirá relatório de suas reuniões e deverá submetê-lo à homologação das Comissões Intergestores Regionais Ampliadas (CIRA) e parecer dos demais membros que exercem o monitoramento e execução do Programa.

§ 5º – A CIRA deverá encaminhar, mensalmente, o relatório de observância dos contratos firmados, baseando-se no relatório do Comitê Gestor Regional às Urgências, subsidiando a manutenção ou a suspensão dos repasses.

Seção II

Atribuições da Secretaria Municipal de Saúde/SMS

Art. 21 – Compete às Secretarias Municipais de Saúde/SMS:

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

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

III – formalizar os Termos de Compromisso com a SES-MG;

Art. 22 – Compete às SMS sede da entidade beneficente do Programa Rede de Resposta às Urgências e Emergências:

I – formalizar termo com a (s) entidade (i) participante (s) da Rede;

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

III – não substituir fonte de financiamento;

IV – garantir a contrapartida financeira; e



V – atestar, quadrimestralmente, por meio do Sistema SIG-RES o funcionamento efetivo da entidade contemplada no programa.

Seção III

Atribuições da Coordenação Estadual de Atenção às Urgências e Emergências

Art. 23 – Compete à Coordenação Estadual de Urgência e Emergência, sediada no nível central da SES-MG:

I – planejar, implantar as ações e políticas da Rede de Resposta às Urgências e emergências;

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

III – monitorar as metas e compromissos qualitativos e quantitativos previstos na Resolução SES/MG nº 6.196, de 18 de abril de 2018, ou outra que a substituir, emitindo relatório conclusivo ao final da vigência dos Termos de Compromissos firmados; e

IV – acompanhar a execução dos Termos a serem celebrados com os Municípios e entidade com fundamento nesta Resolução, por meio do Sistema Eletrônico SiG-RES, conforme Decreto nº45.468/2010.

Seção IV

Atribuições da Comissão de Acompanhamento da Reunião Regional de CIR e CIRA

Art. 24 – Compete às Comissões de Acompanhamento da Reunião Regional de CIR e CIRA, quadrimestralmente, a verificação e validação do cumprimento das metas qualitativas e quantitativas pactuadas nos Termos, emitindo um Relatório de Acompanhamento, via Sistema Eletrônico SIG-RES, conforme Resolução SES/MG nº 5.262/2016.

Seção V

Atribuições do Comitê Gestor Regional às Urgências e Emergências

Art. 25 – Compete ao Comitê Gestor Regional às Urgências e Emergências:

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;



II – emitir parecer, entre os representantes do Estado e dos Municípios, sobre assuntos referentes à Rede de Resposta às Urgências, a fim de subsidiar as decisões das Comissões Intergestores Regionais Ampliadas CIRA nas discussões da atenção às urgências e emergências;

III – submeter seus pareceres à aprovação da CIRA;

IV – realizar visitas técnicas, periódicas, para o acompanhamento e validação da execução dos compromissos assumidos pelas entidades, emitindo mensalmente relatório de adequação aos contratos que deve ser homologada pelas Comissões Intergestores Regionais Ampliadas (CIRA) para encaminhamento à Secretaria de Estado da Saúde;

V – analisar e validar os relatórios mensais apresentados pelas entidades;

VI – propor modificações, alterações, medidas corretivas, inclusões e exclusões quanto às entidades que compõem a rede de urgência e emergência, inclusive nas especialidades médicas presenciais, alcançáveis e sobreavisos, descritas no Anexo I desta Resolução, desde que resguardados o acesso e o atendimento adequado aos pacientes no mesmo Município;

§ 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 – Para a composição do Comitê Gestor Macrorregional das Urgências e Emergências, bem como seu Regimento Interno, deverá ser observado o disposto na Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.430, de 6 de dezembro de 2016, ou ato deliberativo que vier a substituí-la.

§ 3º – As propostas apresentadas deverão ser avaliadas e aprovadas pela Coordenação Estadual de Urgência e Emergência e homologadas na Comissão Intergestores Bipartite – CIB-SUS/MG.

CAPÍTULO V

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS FINANCEIRAS E ASSISTENCIAIS

Art. 26 – A prestação de contas dos recursos repassados Fundo a Fundo será realizada anualmente, nos prazos constantes em normativos vigentes, e ao término da vigência dos respectivos termos, observado o disposto no Decreto Estadual nº 45.468, de 13 de setembro de 2010.

§ 1º – O Relatório de Cumprimento de metas qualitativas e quantitativas deverá ser enviado, por meio do Sistema Eletrônico SIG-RES, disponibilizado pela SES/MG, conforme Resolução SES nº 5.262/2016, ou outra que a substituir.



§ 2º – O Comitê Gestor Regional das Urgências emitirá parecer acerca do Relatório de Cumprimento de Metas que será submetido à aprovação das Comissões Intergestores Regionais Ampliadas (CIRA).

§ 3º – A análise do Relatório de Cumprimento de Metas compreenderá regularização de eventuais inconformidades passíveis de serem saneadas.

CAPÍTULO VI DO REMANEJAMENTO DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 27 – No tocante ao remanejamento dos recursos financeiros da Rede de Urgência e Emergência, a solicitação deverá ser apresentada à CIRA, conforme disposto no Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.288, de 16 de março de 2016, ou outra que a substituir.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 28 – Fica revogada a Resolução SES/MG nº 2.607, de 7 de dezembro de 2010.

Art. 29 – Esta Resolução entra em vigor na data de 01 de janeiro de 2019.

Belo Horizonte, 13 de novembro de 2018.

**NALTON SEBASTIÃO MOREIRA DA CRUZ
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**

**ANEXOS I, II, III, IV E V DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.478, DE 13 DE NOVEMBRO DE
2018 (disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br).**



ANEXO I DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.478, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2018.

DAS TIPOLOGIAS

I. **Hospital de Urgência Nível IV** - Hospitais situados em áreas de vazios assistenciais que estejam acima de 60 minutos de uma referência hospitalar de Região de Saúde ou de acordo com especificidade e necessidade local ; e que esteja estruturado para prestar atendimento a situações de urgência e emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade a assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado em funcionamento 24 horas, por dia 7 dias por semana, para atendimento a demanda espontânea e referenciada.

I.1. Plantão presencial 24 horas: médico plantonista, enfermeiro e equipe de enfermagem.

I.2. Recursos tecnológicos presentes no hospital (24 horas): análises clínicas laboratoriais (acessível), eletrocardiografia (disponível nas dependências do hospital), radiologia convencional e sala de urgência equipada com carrinho de emergência, devendo sua composição e conferência estar devidamente registrada conforme os protocolos institucionais.

II. **Hospital Geral de Urgência Nível III** – Hospital referência para a Região de Saúde com população acima de 100.000 habitantes; e que esteja estruturado para prestar atendimento a situações de urgência e emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade a assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado em funcionamento 24 horas, por dia 7 dias por semana para atendimento a demanda espontânea e referenciada.

II.1 Plantão presencial na porta 24 horas: Equipe composta por um médico plantonista para atendimento de adulto, um médico plantonista para atendimento de crianças, gineco-obstetra, enfermeiro e equipe de enfermagem.

II.1.2 Plantão médico sobreaviso das especialidades: cirurgião geral, traumato- ortopedista e anestesista.

II.2 Recursos tecnológicos presentes na Entidade (24 horas): análises clínicas laboratoriais (acessível), eletrocardiografia (nas dependências do hospital), radiologia convencional (nas dependências do Hospital), contrato com Centro Hemoterápico de Referência, sala de ressuscitação/sala vermelha, RX



móvel e ultrassonografia (acessível), sala cirúrgica disponível nas dependências do Hospital

III. Hospital Geral de Urgência Nível II – Hospital referência para a Região de Saúde com população acima de 200.000 habitantes em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana, para atendimento a demanda espontânea e referenciada.

III.1-Plantão presencial na porta 24 horas: Médicos plantonistas, pediatra, traumato- ortopedista, gineco-obstetra, enfermeiro e equipe de enfermagem.

III. 1.1-Plantão médico alcançável na Entidade das especialidades: cirurgião geral e anestesista. Os casos de suspeita de lesão vascular deverão ser assumidos pelo cirurgião geral. O médico anestesista deverá estar presente na entidade e disponível para a porta.

III.1.2 Plantão médico de sobreaviso das especialidades: neurologista, ainda que por telemedicina, de um Hospital Geral de Urgência Nível I Acidente Vascular Cerebral (AVC). Seguindo os fluxos estabelecidos para pactuação em consonância com a legislação vigente.

2 Recursos tecnológicos presentes na Entidade (24 horas): análises clínicas laboratoriais (acessível), endoscopia digestiva(acessível), eletrocardiografia (nas dependências do hospital), radiologia convencional (nas dependências do hospital), contrato com Centro Hemoterápico de Referência, sala de ressuscitação, RX móvel (nas dependências do hospital) e ultrassonografia (acessível), acesso a tomografia computadorizada (nas dependências do hospital), Bloco Ciruúrgico disponível (nas dependências do hospital) Terapia Intensiva Adulto e/ou Pediátrica.

IV. Hospital Geral de Urgência Nível I do Trauma: Hospital referência para a Região Ampliada de Saúde com população acima de 1.000.000 habitantes em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana para atendimento a demanda espontânea e referenciada.

IV.1 1- Plantão presencial 24 horas: Médicos plantonistas, pediatria, cirurgião geral do trauma, gineco-obstetra, traumato-ortopedista, enfermeiro e equipe de enfermagem.

IV. 1.2 - Plantão médico alcançável na Entidade das especialidades: neurocirurgião, anestesista. O médico anestesista e neurocirurgião deverão estar presente na entidade e disponível para a porta.

IV. 1.3 - Plantão médico de sobreaviso das especialidades: cirurgião plástico, cirurgião vascular, buco-maxilo facial e outras especialidades de acordo com as necessidades locais e avaliação do comitê gestor de urgência e emergência da Região Ampliada de Saúde, tais como: cirurgia pediátrica, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, etc.



IV.2 - Recursos tecnológicos presentes na Entidade (24 horas): análises clínicas laboratoriais (acessível), endoscopia digestiva (acessível), eletrocardiografia (nas dependências do hospital), radiologia convencional (nas dependências do hospital), contrato com Centro Hemoterápico de Referência, sala de ressuscitação, RX móvel (nas dependências do hospital), ultrassonografia (nas dependências do hospital), acesso a tomografia computadorizada (nas dependências do hospital), Bloco Cirúrgico (nas dependências do hospital), Terapia Intensiva.

V- Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM): Hospital referência para a Região Ampliada de Saúde com população acima de 600.000 habitantes em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana para atendimento a demanda espontânea e referenciada, sendo facultado o referenciamento, após acolhimento com classificação de risco de Manchester e o atendimento médico, de acordo com a grade de referência pactuada na Região. A entidade hospitalar para ser contemplada como Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) deverá possuir habilitação ou estar em processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde em Alta Complexidade em Cardiovascular.

V.1- Plantão presencial 24 horas: médico plantonista, cardiologista, enfermeiro e equipe de enfermagem.

V.1.1- Plantão médico de sobreaviso: médico hemodinamicista, anestesista e cirurgião cardiovascular.

V.2- Recursos tecnológicos presentes na entidade (24 horas): análises clínicas laboratoriais (acessível), endoscopia digestiva (acessível), eletrocardiografia (nas dependências do hospital), radiologia convencional (nas dependências do hospital), contrato com Centro Hemoterápico de Referência ou agência transfusional ou assistência hemoterápica, sala de ressuscitação, ~~em~~ RX móvel, ultrassonografia (nas dependências do hospital), acesso a tomografia computadorizada, Bloco Cirúrgico nas dependências do hospital, Terapia Intensiva e/ou Unidade Coronariana - UCO, ecocardiografia (acessível 24 horas) e hemodinâmica (nas dependências do hospital).

VI Hospital de Referência à Doença Acidente Vascular Cerebral: Hospital referência para a Região Ampliada de Saúde com população acima de 600.000 habitantes em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana para atendimento a demanda espontânea e referenciada. A entidade hospitalar para ser contemplada como Referência às Doenças Acidente Vascular Cerebral deverá possuir habilitação em Alta Complexidade em Neurocirurgia.

VII. Plantão presencial 24 horas das especialidades: médico plantonista, enfermeiro e equipe de



enfermagem.

VI.1.1 Médico neurologista deverá ser formalizado o atendimento do mesmo disponível em até 30 (trinta) minutos da admissão do paciente (plantão presencial, sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina).

VII.1 Plantão médico alcançável das especialidades: Anestesista.

VII.2 -Plantão médico de sobreaviso das especialidades: médico hemodinamicista, radiologista intervencionista e médico neurocirurgião.

VII.2.1 – médico neurocirurgião 24 (vinte e quatro) horas/dia, seja próprio, presencial ou disponível em até 2 (duas) horas, ou referenciada, disponível em até 2 (duas) horas.

VI.2 Recursos tecnológicos presentes na entidade (24 horas): análises clínicas laboratoriais (acessível), endoscopia digestiva (acessível), eletrocardiografia (nas dependências do Hospital), radiologia convencional (nas dependências do hospital), sala de ressuscitação, RX móvel, ultrassonografia (acessível), tomografia computadorizada (nas dependências do hospital), Bloco Cirúrgico (nas dependências do hospital) Terapia Intensiva, ecocardiografia (acessível), hemodinâmica (acessível), ressonância nuclear magnética (acessível) e capacidade de receber ou fornecer orientação a outros centros por telemedicina. O serviço de telemedicina deverá ser descrito no fluxo assistencial, seguindo o que foi estabelecido nas pactuações.

VII- Hospital Geral de Urgência Nível I Polivalente: Hospital referência para a Região Ampliada de Saúde com população acima de 1.000.000 habitantes possuir habilitação em alta complexidade em pelo menos duas linhas de cuidado (traumato-ortopedia, cardiovascular ou neurocirurgia) e que realize todos os atendimentos das tipologias hospitalares contidas neste anexo e em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana para atendimento a demanda espontânea e referenciada.

VII.1- Plantão presencial 24 horas: Médicos plantonistas, pediatria, cirurgião geral do trauma, gineco-obstetra, traumato-ortopedista, neurologista (se habilitado em Alta Complexidade em neurologia), cardiologista (se habilitado em Alta Complexidade em cardiologia), enfermeiro e equipe de enfermagem.

VII.1.1- Médico neurologista deverá ser formalizado o atendimento do mesmo disponível em até 30 (trinta) minutos da admissão do paciente (plantão presencial, sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina).

VII. 1.1-Plantão médico alcançável na Entidade da especialidade: neurocirurgião e anestesiolista,

VII.1.2 - Médico neurocirurgião 24 (vinte e quatro) horas/dia, seja próprio, presencial ou disponível



em até 2 (duas) horas, ou referenciada, disponível em até 2 (duas) horas

VII.1.2- Plantão médico sobreaviso das especialidades: médico hemodinamicista, radiologia intervencionista, cirurgião cardiovascular, cirurgião plástico, cirurgião vascular, buco-maxilo facial e outras especialidades de acordo com as necessidades locais e avaliação do comitê gestor de urgência e emergência da Região Ampliada de Saúde, tais como: cirurgia pediátrica, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, etc.

VII. 2-Recursos tecnológicos presentes na entidade (24 horas): análises clínicas laboratoriais (acessível), endoscopia digestiva (acessível), eletrocardiografia (nas dependências do hospital), radiologia convencional (nas dependências do hospital), contrato com Centro Hemoterápico de Referência, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia (nas dependências do hospital), tomografia computadorizada (nas dependências do hospital), Bloco Cirúrgico (nas dependências do hospital), Terapia Intensiva e/ou Unidade Coronariana, ecocardiografia (acessível), hemodinâmica (acessível), unidade de AVC, ressonância nuclear magnética, angiografia intervencionista (acessível) e capacidade de orientação de outros centros por telemedicina.



ANEXO II DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.478, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2018.

DO COMPLEXO REGULADOR

O complexo regulador da assistência é uma estrutura de representação da governança (CIRA e seu comitê gestoras urgência) da rede que tem como premissa garantir a melhor resposta, no tempo adequado, para situações de gravidade com potencial de deterioração rápida, com garantia de escuta médica ininterrupta e com autoridade delegada pelo poder público e pactuada com todos os componentes da rede para a gestão do fluxo mais correto de acordo com linhas-guia, baseando a decisão em 3 princípios:

- 1) gravidade (risco) estimada,
- 2) tempo máximo definido para a resposta à situação estimada recurso mais adequado

Esta estrutura tem como finalidade garantir e coordenar a resposta a uma situação aguda baseada em 3 momentos:

Momento 1: Acesso telefônico de alguém com risco de saúde instalado de forma abrupta, que consiga classificar o risco instalado, definir o local, mobilizar, se necessário, um recurso móvel mais adequado e identificar a resposta mais apropriada a essa situação, levando em conta as variáveis tempo, recurso necessário e gravidade presumida (risco). O responsável por isto é um médico, que coordena a resposta e representa no momento deste ato (regulação) a autoridade delegada da gestão desta rede. É importante salientar que, quanto mais maduro o sistema de urgências, maior o nível de utilização do acesso por telefone. A meta deveria ser que todos os pacientes em situação de risco agudo fossem “coordenados” por esta primeira resposta (o acesso de pacientes a estruturas não adequadas é que causa o atraso na resposta e conseqüentemente aumento de mortalidade).

Momento 2: Definidos os riscos (ou diagnóstico sindrômico), identificado o meio mais adequado de transporte e o local mais correto de recepção (não necessariamente é o mais perto), é necessário preparar a resposta no local, para que a equipe adequada esteja presente no momento em que o paciente entrar na estrutura de atendimento. Esta resposta deve ser monitorada pelo complexo e inclui:

- Equipe presente no Pronto Socorro
- Equipe disponível à distância
- Recursos e estruturas necessárias à resposta inicial (ex: Centro de hemodinâmica, Sala cirúrgica etc.)
- Responsável no local diário pela ativação das equipes.



Momento 3: A estrutura de retaguarda (leito resolutivo) também deve ser monitorada pelo complexo, que precisa regular os recursos (leitos) para auxílio na decisão. Para isso deve aderir (ou interfacear) ao software de regulação assistencial do estado (SUS- Fácil) e garantir que os leitos de retaguarda para a rede de urgência sejam especificados (principalmente nos hospitais que recebem recursos e que foram classificados pela resolução, ex: hospitais de trauma maior nível 1 etc.). Quando a entrada do paciente se dá em um ponto de atenção e que solicita de forma virtual a transferência para um ponto de atenção mais complexo, a regra de tomada de decisão baseada nos 3 princípios também se impõe e deve ser usada com base nas linhas-guia pré-definidas

O Complexo regulador deve garantir que o recurso da pactuação regional (PPI) “siga” o paciente e seus relatórios devem servir de base para mudanças nesta. O complexo também se responsabiliza pela regulação da transferência de pacientes, sendo o responsável pela garantia de transferência de situações de maior gravidade e que exijam transporte especializado (ex: UTI móvel, transporte aéreo etc.)



ANEXO III DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.478, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2018.

DAS REGIÕES AMPLIADAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS

- I - Região Ampliada de Saúde Nordeste: YLL136;
- II - Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha: YLL 111;
- III - Região Ampliada de Saúde Centro Sul: YLL92;
- IV- Região Ampliada de Saúde Leste: YLL 91;
- V- Região Ampliada de Saúde Centro: YLL 87;
- VI- Região Ampliada de Saúde Sudeste: YLL87;
- VII- Região Ampliada de Saúde Triangulo Sul: YLL 87;
- VIII- Região Ampliada de Saúde Noroeste: YLL84;
- IX- Região Ampliada de Saúde Leste do Sul: YLL 83;
- X- Região Ampliada de Saúde Oeste: YLL82;
- XI- Região Ampliada de Saúde Sul: YLL79; E
- XII- Região Ampliada de Saúde Triangulo do Norte: YLL79.



ANEXO IV DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.478, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2018.

DA CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ GESTOR REGIONAL AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

O Comitê Gestor Regional de urgências será constituído, preferencialmente, pelo (s):

1 Os Diretores das Unidades Regionais de Saúde da Região Ampliada;

2-1 (um) gestor de cada cidade Polo da Região Ampliada de Saúde;

3-1 (um) representante de cada Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS) Regional;

4-1 (um) representante de cada cidade polo de Região de Saúde (microrregião);

5-1 (um) conselheiro do Colegiado de Conselhos de Saúde e na inexistência dessa instância, um Conselheiro Municipal de Saúde de cada cidade polo da Região Ampliada de Saúde (RAS);

6- O Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência;

7 - O diretor geral do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Municipal (quando se aplicar);

8 - O coordenador médico da Central de Regulação das Urgências do SAMU 192 Regional;

9 - O coordenador médico da Central de Regulação das Urgências do SAMU 192 Municipal (quando se aplicar);

10- 1 (um) representante do Corpo de Bombeiros;

11- O Coordenador Estadual da Central de Regulação Macrorregional da Região Ampliada de Saúde;

12 O Co-gestor municipal da Central de Regulação da Macrorregião;

13- 1 (um) representante do Ministério da Saúde;

14- membros do Grupo Condutor Estadual nas suas respectivas regiões; e

15- Pelo menos 1 (um) representante técnico de cada uma das seguintes áreas técnicas das unidades regionais de saúde:

a) Vigilância Sanitária (VISA);

b) Núcleo de Regulação (NREG);

c) Núcleo de Redes Assistenciais à Saúde (NRAS);

d) Núcleo de Atenção Primária à Saúde (NAPRIS); e

e) Núcleo de Gestão Regional (NGR).



ANEXO V DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.478, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2018.

DAS CONCEITUAÇÕES

Para os efeitos desta Resolução, serão adotadas as seguintes definições:

Contrapartida de custeio do Programa Rede de Resposta: é um incentivo financeiro complementar para custeio das equipes assistenciais que prestam atendimento direto às Urgências e Emergências dos Hospitais ou serviços equivalentes aos pontos de atenção hospitalares de urgência e emergência que compõem o Programa Rede de Resposta às Urgências e Emergências das Regiões Ampliadas de Saúde do Estado de Minas Gerais.

Portas de Entrada de Urgência: São os serviços instalados em Hospitais ou serviços equivalentes aos pontos de atenção hospitalares de urgência e emergência que presta atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências

Telemedicina/telessaúde: é a utilização de sistemas de comunicação ou teleconferência que incluam o compartilhamento de vídeo, som e dados de imagem, permitindo a avaliação remota de um paciente, preferencialmente vinculado a um Centro de Atendimento de Urgência conforme estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina;

Sobreaviso: Define como disponibilidade médica em sobreaviso a atividade do médico que permanece à disposição da entidade de saúde, de forma não-presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial em tempo hábil quando solicitado, devendo obedecer ao tempo resposta dos protocolos assistenciais específicos, baseados em evidências científicas. Em caso de urgência e/ou emergência, o médico que acionar o plantonista de sobreaviso deverá, obrigatoriamente, permanecer como responsável pelo atendimento do paciente que ensejou a chamada até a chegada do médico de sobreaviso, quando ambos decidirão a quem competirá a responsabilidade pela continuidade da assistência.

Alcançável na entidade: Profissional que esteja disponível para atendimento em tempo real na Entidade.

Encaminhamento Responsável: Prática que tem como objetivo o encaminhamento do paciente, oriundo de demanda espontânea ou referenciada, de forma regulada ao serviço compatível com sua necessidade de saúde, considerando a sua condição clínica, após atendimento médico,



proporcionando continuidade ao tratamento. É facultado o referenciamento, pela entidade, após o acolhimento e atendimento médico, de acordo com a grade de referência pactuada na região.

Atendimento ininterrupto: Atendimento que funciona 24 (vinte e quatro) horas por dia, sete dias por semana, incluindo sábados, domingos e feriados

Sala de Urgência: Espaço de atendimento ao paciente grave com estrutura semelhante a uma unidade de tratamento intensivo dentro do próprio Pronto Socorro, devendo estar equipada com monitores cardíacos, desfibriladores, ventiladores mecânicos, bomba de infusão, instrumental para procedimento de emergência como intubações, drenagem torácica e traqueostomias dentre outros equipamentos associados e necessários ao conjunto de técnicas e medidas de urgência e emergência realizadas para o diagnóstico e tratamento de situações agudas (Médicas, Cirúrgicas ou traumáticas) ou crônicas agudizadas que levam ao restabelecimento de funções vitais em risco.

A sala de urgência deverá comportar minimamente dois ou mais casos simultaneamente, a depender do porte da unidade, sendo equipadas para o atendimento o qual é vocacionada obedecendo e disponibilizando os Protocolos clínicos assistenciais.

Demanda espontânea é aquela demanda populacional que comparece ao serviço de urgência e emergência não programada seja para problemas agudos, crônicas agudizadas ou por motivos que o paciente julgue como necessidade de saúde, suas queixas devem ser acolhidas e classificadas por profissional habilitado;

Demanda referenciada – É um mecanismo de Encaminhamento Responsável da demanda para os serviços de saúde, de maneira ordenada e considerando a grade de referência pactuada na região.

Acolhimento: Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

Classificação de risco Protocolo de Manchester – É o modelo de Classificação de Risco adotado como metodologia na Rede de Urgência e Emergência como linguagem única nas portas de urgência do Programa Rede de Resposta e ProUrge, com objetivo de definir um consenso entre



médicos e enfermeiros como ferramenta de classificação para os serviços de urgência e emergências, de forma a desenvolver nomenclatura e definições comuns com sólida metodologia operacional. Esse modelo é baseado em discriminantes chaves e algoritmos clínicos apresentando tempo para início da execução da resposta a demanda clínica estabelecido pela Secretaria de Estado de Saúde.