



**DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 4.736, DE 19 DE JUNHO DE 2024.**

Aprova as novas normas gerais, critérios de elegibilidade e fluxo de credenciamentos para o Módulo Hospitais de Pequeno Porte (HPP), da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas.

A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais - CIBSUS/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, que 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;
- o Decreto Estadual nº 48.600, de 10 de abril de 2023, que dispõe sobre as normas de transferência, controle e avaliação dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Estadual de Saúde; a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.213, de 16 de setembro de 2020, que aprova a Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, estabelece os seus módulos e dá outras providências;
- a Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio;

- a Portaria nº 1.615, de 26 de julho de 2012, que altera o item II do artigo 9º e os artigos 12º e 13º da Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio;- a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;

- a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;

- a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe a 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;

- Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023, que revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações;- a Portaria GM/MS nº 1.997, de 24 de novembro de 2023, que altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para tratar da habilitação, da homologação e do financiamento dos serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.213, de 16 de setembro de 2020, que aprova a Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, estabelece os seus módulos e dá outras providências;

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.216, de 16 de setembro de 2020, que institui os Comitês Gestores Regionais de Atenção Hospitalar, no âmbito do Estado de Minas Gerais, e aprova seu Regimento Interno;

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.222, de 16 de setembro de 2020, que aprova as diretrizes, parâmetros e etapas para organização da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS-MG) e para revisão dos Planos de Ação Regionais da Rede Cegonha no estado;

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.327, de 18 de fevereiro de 2021, que aprovou as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, destinado à implantação de serviço hospitalar de referência da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais;



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.591, de 05 de novembro de 2021, que aprova a atualização das normas gerais, critérios de elegibilidade e fluxo de novos pleitos para o Módulo Hospitais Plataforma, da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas;
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.592, de 09 de novembro de 2021, que aprova a atualização das diretrizes para organização do Programa Rede Resposta às Urgências e Emergências no âmbito da Política de Atenção Hospitalar de Minas Gerais – Valora Minas;
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.620, de 17 de novembro de 2021, que aprova a alteração do Artigo 5º e Anexo II da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.222, de 16 de setembro de 2020, que aprova as diretrizes, parâmetros e etapas para organização da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS-MG) e para revisão dos Planos de Ação Regionais da Rede Cegonha no estado;
- a Resolução SES/MG nº 8.879, de 17 de julho de 2023, que dispõe sobre as regras de aplicação do Decreto Estadual nº 48.600, de 10 de abril de 2023;
- a Resolução SES/MG nº 8.880, de 17 de julho de 2023, que dispõe sobre o Regimento Interno da Comissão Macrorregional de Acompanhamento;
- a importância das instituições hospitalares para a implementação e o desenvolvimento do SUS/MG, concomitante a dimensão e diversidade territorial do estado quanto às ações e serviços de saúde e seu acesso proporcionado;
- a necessidade identificada de: (i) melhorar o acesso aos serviços de saúde; (ii) qualificar a assistência; (iii) otimizar os recursos existentes; (iv) aumentar a eficiência, eficácia e equidade do sistema de saúde; (v) instituir como prática a análise de impactos das políticas públicas, numa perspectiva de gestão dos investimento realizados; (vi) aumentar o poder de gestão dos gestores de saúde sobre os recursos vinculados ao SUS; (vii) agregar, em um único instrumento, os recursos estaduais repassados aos estabelecimentos hospitalares; (viii) dar transparência aos recursos repassados às instituições; (ix) unificar os indicadores, compromissos e processos de monitoramento dos programas estaduais destinados a hospitais; e (x) reduzir a judicialização em saúde;
- a necessidade de redefinir fundamentos conceituais e reestruturar a Política de Atenção Hospitalar no Estado para as instituições hospitalares do SUS em Minas Gerais, em virtude das disposições do Decreto Estadual nº 48.600/2023, com o objetivo de avançar na lógica do financiamento tripartite, tendo como foco a alocação dos recursos nas redes temáticas para ampliação e qualificação da assistência e no enfrentamento dos gargalos da rede hospitalar;
- as reuniões do Grupo Condutor Estadual de Atenção Hospitalar e da Rede de Urgência Emergência ocorridas nos dias 12 de março e 28 de maio de 2024; e
- a aprovação da CIB-SUS/MG em sua 308ª Reunião Ordinária, ocorrida em 19 de junho de 2024.



**DELIBERA:**

Art. 1º - Fica aprovada a reformulação das normas gerais, critérios de elegibilidade e fluxo de credenciamentos para o Módulo Hospitais de Pequeno Porte (HPP), da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas, nos termos que seguem.

Art. 2º - O Módulo HPP possui, como objetivo principal vocacionar os hospitais de pequeno porte que não cumprem os critérios de elegibilidade do Módulo Valor em Saúde, mas são relevantes para o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde nos territórios.

§ 1º - Almejando este objetivo, o Módulo é composto por estratégias construídas considerando as Redes Temáticas, visando determinadas habilitações segundo portarias existentes do Ministério da Saúde, de forma a avançar na lógica do financiamento tripartite e do fortalecimento da RAS.

§ 2º - Excepcionalmente, poderão ser contemplados com os componentes deste módulo hospitais inseridos no Módulo Valor em Saúde, cumulativamente, estritamente nas situações determinadas ao longo desta Deliberação.

Art. 3º - As disposições desta Deliberação se aplicam aos hospitais públicos, entidades sem fins lucrativos ou universitários considerados aptos aos componentes e critérios de elegibilidade estabelecidos pelo Grupo Condutor Estadual de Atenção Hospitalar, instituído pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.217, de 16 de setembro de 2020, e aprovados pelos Grupos Condutores vinculados às Redes Temáticas correlatas.

Art. 4º - São componentes deste Módulo:

I- Unidades de Cuidados Continuados Integrados;

II- Serviço de Apoio à Rede de Urgência e Emergência, com possibilidade de adicional da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento (RAPN); e

III- Hospitais de apoio à Rede de Atenção Psicossocial.

Parágrafo único - Os componentes previstos foram construídos considerando as Redes Temáticas visando a habilitação junto ao Ministério da Saúde e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, desta forma, além do disposto nesta Deliberação, as portarias ministeriais correlatas deverão ser observadas.

Art. 5º - A implantação do módulo será gradual e condicionada à viabilidade técnica e disponibilidade de recursos financeiros.



## **TÍTULO I – OS COMPONENTES**

### **Capítulo I – Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)**

Art. 6º - As Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) são espaços de transição destinados aos cuidados intermediários e que estão localizadas dentro de uma instituição hospitalar cujo foco está entre a assistência hospitalar e a atenção primária à saúde. São estruturas de menor complexidade tecnológica, com equipe multidisciplinar 24 horas por dia e que oferecem retaguarda para hospitais de maior complexidade, preferencialmente do Módulo Valor em Saúde (Hospitais de Relevância Estadual, Macro e Microrregional) e Unidades de Pronto Atendimento 24h.

§ 1º - Os Cuidados Continuados Integrados podem ser definidos como um conjunto de medidas de intervenção que visa complementar o período de convalescença, promover a reabilitação e recuperação da funcionalidade física/mental de indivíduos em situação de dependência e/ou perda de autonomia parcial ou total.

§ 2º- As UCCI são constituídas por leitos já existentes localizados conjuntamente no mesmo ambiente, preferencialmente leitos clínicos, que devem ser vocacionados para internação de pacientes que demandam cuidados assistenciais intensivos e transitórios com potencial de recuperação e cuidados paliativos, por um período entre 7 (sete) e 90 (noventa) dias a depender da condição clínica.

§ 3º- As UCCI serão precursoras de homologação federal como Unidade de Cuidados Prolongados (UCP) ou Hospital de Cuidados Prolongados (HCP) e deverão observar aos Programas e Políticas Nacionais do Ministério da Saúde, como o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Política Nacional de Atenção Hospitalar, Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS e Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Art. 7º - O objetivo geral das UCCI é ofertar uma assistência multidisciplinar especializada com foco na recuperação clínica e funcional e reabilitação integral e intensiva de usuários clinicamente estáveis que apresentam uma doença de base ou se encontram em fase de recuperação de um processo agudo, com perda recente e transitória de autonomia potencialmente recuperável e que necessitam de continuidade de cuidados intensivos e transitórios antes de receber alta para o domicílio.

Art. 8º - A organização das UCCI deverá ter como objetivos específicos:

I- Relacionados à assistência ao usuário:



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

- a) avaliar, de forma global, por meio de atuação multidisciplinar integrada, as necessidades do usuário, considerando sua situação de dependência e os seus objetivos de funcionalidade e autonomia definidos periodicamente;
- b) acompanhar o usuário em situação de dependência por meio de Plano Terapêutico Singular (PTS), especialmente, quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, devendo este ser o resultado da discussão de caso em equipe, com vistas ao seu retorno ao domicílio;
- c) reabilitar o usuário, de forma parcial ou total, e possibilitar a continuidade do cuidado com intervenções terapêuticas que permitam o restabelecimento de suas funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional, bem como a recuperação de suas sequelas;
- d) incentivar e apoiar a adaptação dos usuários à incapacidade e aprendizagem do autocuidado;
- e) apoiar a manutenção da capacidade funcional do usuário, garantindo os cuidados terapêuticos e o apoio psicossocial necessário, com o intuito de promover a independência funcional e a autonomia;
- f) promover a continuidade do acompanhamento do usuário após a alta hospitalar, de forma a possibilitar a revisão de diagnóstico, a reavaliação de riscos e a adequação de condutas entre os especialistas envolvidos;
- g) orientar e apoiar os familiares e cuidadores, em parceria com a atenção básica, inclusive atenção domiciliar, para manutenção e corresponsabilização do cuidado em uma construção progressiva de autonomia e retorno ao convívio social.

**II - Relacionados à continuidade do cuidado integrado:**

- a) buscar a integralidade da assistência atuando de forma articulada às demais equipes de atenção à saúde atuantes no território;
- b) criar fluxos de articulação entre as equipes multidisciplinares das UCCI com as equipes dos hospitais de maior complexidade, Unidades de Pronto de Atendimento 24h, equipes da atenção primária, atenção domiciliar, centros de referência em reabilitação, bem como com outras equipes que atuem em serviços de apoio psicossocial na atenção do território;
- c) garantir a alta hospitalar responsável e em tempo oportuno;
- d) promover equidade no acesso e atenção prestada em tempo oportuno;
- e) assegurar a intersetorialidade intra e extra-hospitalar.

**III - Relacionados à eficiência na gestão de leitos da RAS:**

- a) diminuir a ocupação inadequada de leitos de retaguarda de urgência e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI);
- b) reduzir as internações recorrentes ocasionadas por agravamento de quadro clínico dos usuários sem acompanhamento em regime de atenção domiciliar;



c) aumentar a rotatividade e o acesso aos leitos de retaguarda clínica.

Art. 9º - Os critérios de elegibilidade e inelegibilidade de usuários para as UCCI constam no Anexo I desta Deliberação.

Art. 10 - As UCCI devem ser compostas por equipe multiprofissional, conforme descrito no Anexo II desta Deliberação, com as respectivas atribuições gerais:

I - utilização de prontuário clínico compartilhado de forma a assegurar a intersectorialidade intra-hospitalar;

II - orientar, desde o ato da admissão, os usuários, familiares e acompanhantes quanto ao perfil de atendimento da UCCI enfatizando que é necessária a participação do familiar e/ou do cuidador no processo de reabilitação para aprendizado, uma vez que o paciente terá alta em até 90 (noventa) dias conforme sua necessidade;

III - avaliação e identificação precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá colocar em risco as habilidades e a autonomia dos usuários;

IV - elaboração de Plano Terapêutico Singular (PTS) com estabelecimento da data prevista de alta, considerando os objetivos e metas estabelecidas no plano, conforme Anexo III desta Deliberação;

V - elaboração de relatório que informe as condições atuais do usuário e proposta de cuidados necessários em domicílio;

VI - orientação e apoio à família e ao cuidador para a continuidade dos cuidados do usuário em domicílio;

VII - articulação conjunta com as equipes de Atenção Básica, inclusive as da Atenção Domiciliar e demais pontos da rede de atenção à saúde, para o planejamento da alta hospitalar em tempo oportuno;

VIII - articulação com demais serviços da rede psicossocial de apoio, com proposta de alianças intersectoriais para potencialização do cuidado;

IX - participação nos processos formativos da Educação Permanente em Saúde.

Art. 11 - Considera-se Plano Terapêutico Singular a ferramenta do cuidado em saúde utilizada pela equipe interdisciplinar em discussões de casos em que diversos profissionais contribuem com a elaboração e implementação de um plano de assistência individualizada e contínua de acordo com a demanda do (a) usuário (a).

Art. 12 - Os Hospitais contemplados pelas UCCI devem implantar o Núcleo Interno de Regulação (NIR), que é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. É um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção-Geral do Hospital e deve ser legitimado, com um papel definido e disseminado dentro da instituição.

§1º - É recomendado que o NIR funcione 24 horas (sete dias por semana) e tenha uma estrutura mínima composta por médico horizontal ou diarista, enfermeira diarista e assistente social.

§2º - Compete ao Núcleo Interno de Regulação - NIR no que se refere às UCCI:

I - promover a comunicação efetiva e articulada entre a equipe multiprofissional das UCCI com os hospitais referenciadores e Centrais de Regulação, a fim de garantir o acesso rápido e oportuno aos leitos e serviços hospitalares por meio da organização, do controle, do gerenciamento e da priorização do acesso e dos fluxos assistenciais pré-estabelecidos.

II - participar da construção e supervisão dos fluxos e protocolos de encaminhamentos para os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

III - facilitar a identificação precoce dos usuários internados nos hospitais referenciadores que requeiram continuidade de cuidados após alta hospitalar;

IV - subsidiar discussões, internas e externas, de acordo com os critérios de elegibilidade e inelegibilidade a fim de realizar o planejamento dos processos de admissão, das altas e das transferências;

V - articular o serviço aos outros pontos da RAS para realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico não disponíveis na instituição;

VI - estabelecer indicadores para monitoramento como a taxa de ocupação hospitalar, o Tempo Médio de Permanência (TMP) das internações, a taxa de reinternação hospitalar e identificar possíveis inconsistências e suas causas;

VII – realizar reuniões mensais para discussão de casos e elaboração de relatórios técnicos contendo análise dos indicadores pertinentes e/ou pontos sensíveis detectados para discussão em instância colegiada da instituição;

VIII - fomentar a estratégia da alta programada para facilitar o planejamento e transição do cuidado junto ao paciente, família/cuidador e equipe clínica do hospital;

IX - estimular a equipe assistencial do hospital a orientar os usuários, familiares e acompanhantes quanto ao perfil de atendimento da UCCI enfatizando que é necessária a participação do familiar e/ou do cuidador no processo de reabilitação para aprendizado, uma vez que esse terá alta em até 90 (noventa) dias conforme sua necessidade;

X - articular-se diretamente com as Equipes de Atenção Primária ou Serviço de Atenção Domiciliar e efetuar as comunicações e procedimentos necessários, com uma antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas da data prevista para a alta, para garantir o acesso dos pacientes à alternativa de continuidade que mais o beneficiará;



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

XI - articular-se com os hospitais referenciadores de modo a facilitar o reingresso do paciente em caso de intercorrência, agudização e necessidade de assistência incompatível com a capacidade do hospital;

XII - utilizar o SBAR como ferramenta para discussão de casos e passagem de plantão a fim de padronizar e facilitar a comunicação, conforme documento modelo apresentado no Anexo IV desta Deliberação.

Art. 13 - Para credenciamento da UCCI, o estabelecimento hospitalar deverá:

I - não ser contemplado pelo módulo Valor em Saúde, com exceção dos Hospitais Microrregionais que estejam localizados em macrorregiões em que não haja outros hospitais de pequeno porte elegíveis para UCCI suficientes para suprir a necessidade de leitos;

II - ser público ou filantrópico, com prestação de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), nos termos da Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021;

III - possuir, no mínimo, 40 (quarenta) leitos gerais cadastrados no CNES.

IV - possuir capacidade de ampliação para 50 (cinquenta) leitos gerais cadastrados no CNES para futura homologação federal como UCP ou, alternativamente, se comprometer a se vocacionar e buscar a homologação federal como HCP, destinando a totalidade da sua capacidade instalada de no mínimo 40 (quarenta) leitos para esta finalidade, conforme a Portaria de Consolidação nº 03/2017.

V - possuir estrutura mínima própria ou referenciada de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, contando com laboratório de análises clínicas e serviço de radiologia com funcionamento ininterrupto, nas 24h (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;

VI - estar situado em macrorregião em que há necessidade de leitos de cuidados continuados integrados conforme disposto no Anexo V desta Deliberação;

VII - possuir equipe multiprofissional mínima conforme disposto no Anexo II desta Deliberação;

VIII - estar localizado, preferencialmente, a uma distância de até 70 (setenta) km de pelo menos 01 (um) hospital referenciador pertencente à macrorregião;

IX - disponibilizar todos os leitos de UCCI à Central de Regional de Regulação assistencial e atualizá-los no SUSFácilMG;

X - possuir sala multiuso de reabilitação, conforme disposto no Anexo II desta Deliberação.

§1º - Hospitais que não disponham de sala de reabilitação e que atendam aos demais requisitos supramencionados poderão ser credenciados como UCCI, mas somente farão jus ao recurso financeiro dessa política após concluída a implantação da sala de reabilitação conforme requisitos estabelecidos no Anexo I desta Deliberação e assinatura do termo de adesão.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

§2º - O prazo para a ampliação de leitos disposta na alínea IV será de até 18 (dezoito) meses a contar da data de assinatura do termo de adesão.

§3º - O hospital com necessidade de ampliação de leitos conforme alínea IV deverá anexar, junto ao pleito, plano de trabalho no modelo estabelecido no Anexo VI desta Deliberação.

§4º - O hospital com necessidade de ampliação de leitos conforme alínea IV deverá apresentar o status de cada fase de adequação nas reuniões ordinárias do Comitê Gestor da Rede de Urgência e Emergência e encaminhar a documentação correspondente à Coordenação Estadual de Atenção às Urgências e Emergências.

§5º - O critério VIII será utilizado como um dos fatores de desempate em casos de maior número de pleitos do que a necessidade de leitos dentro do mesmo território.

Art. 14 - Os hospitais contemplados por UCCI deverão solicitar a homologação ministerial como Unidade de Cuidados Prolongados (UCP) ou Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP) após a aprovação do Plano de Ação Regional (PAR), sendo que esse pleito deve estar incluído no PAR da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais em até 18 (dezoito) meses, considerando os critérios dispostos nas Portarias Ministeriais vigentes.

Parágrafo único - Ocorrerá a suspensão do recurso e possível descredenciamento do hospital nos casos em que não se comprove o cumprimento dos requisitos dispostos neste artigo.

Art. 15 - A definição do incentivo financeiro é condicionada ao número de leitos de cuidados continuados integrados.

§ 1º - O hospital contemplado por essa política deverá disponibilizar 15 (quinze) leitos para a UCCI.

§ 2º - O valor leito/mês para a UCCI é de R\$ 4.800,00 (quatro mil e oitocentos reais).

§ 3º - Hospitais que forem homologados pelo Ministério da Saúde como UCP/ HCP serão descredenciados da política e farão jus a contrapartida estadual a ser definida em deliberação específica.

Art. 16 - A necessidade de leitos da UCCI é calculada considerando metodologia utilizada para o cálculo da necessidade de leitos de cuidados prolongados, conforme disposto no Anexo V desta Deliberação.

§ 1º - O número de leitos de CCI a serem fomentados (F) deverá considerar a diferença entre a necessidade (N) total de leitos de CCI e o número de leitos de UCP/HCP (H) homologados somados ao número de leitos de CCI (E) já existentes na macrorregião, resultando na seguinte fórmula  $[F = N - (H+E)]$ . O resultado encontrado deverá ser distribuído conforme análise e definição do território.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

§ 2º - De forma a otimizar a infraestrutura e recursos humanos, hospitais localizados em microrregiões em que a necessidade de leitos hospitalares de cuidados continuados for menor que 15 (quinze), é facultada a concentração de leitos em uma Microrregião, conforme a necessidade de leitos da Macrorregião, e desde que aprovado pelo Comitê Gestor Regional de Urgência e Emergência, Comitê Gestor de Atenção Hospitalar e pactuado na CIB Macro.

Art. 17 - Em casos de Homologação Ministerial de UCP/HCP, o hospital contemplado pela UCCI será descredenciado e a necessidade estimada de leitos de cuidados continuados integrados deverá ser revista com o intuito de evitar superávit de leitos na macrorregião.

§ 1º - Caberá ao Comitê Gestor Regional de Atenção Hospitalar e Comitê Gestor Regional da Rede de Urgência e Emergência definir pela manutenção ou exclusão dos beneficiários conforme dados de desempenho funcional.

§ 2º - Entende-se como dados de desempenho funcional os resultados alcançados no(s) indicador(es) durante o processo de monitoramento e o cumprimento dos compromissos firmados.

§ 3º - Excepcionalmente, hospitais homologados como UCP/ HCP poderão pleitear leitos de CCI mediante a necessidade de leitos da macrorregião e inexistência de outro hospital da macrorregião que tenha interesse no credenciamento.

Art. 18 - Para os casos de necessidade de adequação de estrutura física da sala de reabilitação do Hospitais contemplados por UCCI, deverá ser enviado à URS o cronograma de realização da obra com os devidos detalhamentos e prazos.

Art. 19 - As Unidades de Cuidados Continuados Integrados devem desenvolver e/ou adotar protocolos clínicos para atendimento aos pacientes que necessitam de ações e serviços de saúde relacionadas à reabilitação físico-funcional, cuidados paliativos e crônicos.

Parágrafo Único - Os protocolos clínicos devem ser instituídos e atualizados a cada 2 (dois) anos.

Art. 20 - Para viabilização dos fluxos assistenciais, as Unidades de Cuidados Continuados Integrados devem ser vinculadas a um ou mais hospitais de maior complexidade, além de observar o plano terapêutico indicado pelo hospital referenciador e utilizar o matriciamento como ferramenta de gestão do cuidado compartilhado.

§ 1º - Após a assinatura do Termo de Adesão, os leitos de UCCI devem ser disponibilizados à Central de Regional de Regulação assistencial e atualizados no SUSFácilMG.

§ 2º - As transferências devem ser realizadas via o Sistema Estadual de Regulação - SUSFácilMG.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

§ 3º - Para viabilização do processo regulatório, é responsabilidade do médico assistente ou do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Estabelecimento de Saúde solicitante identificar, baseado nos critérios de elegibilidade dispostos no Anexo I, os usuários que possam ter a continuidade da assistência em um leito de Unidade de Cuidado Continuado Integrado.

§ 4º - Deve ser cadastrado no laudo de solicitação de internação do SUSfácilMG o procedimento que melhor se adequa ao quadro clínico do paciente.

Art. 21 - As equipes das UCCI deverão observar o plano terapêutico indicado pelo hospital referenciador e solicitar o matriciamento de casos em que se identifique a necessidade de apoio na abordagem e discussão dos aspectos clínicos, esclarecimento diagnóstico, estruturação do projeto terapêutico e abordagem da família.

Parágrafo Único – Para fins desta Deliberação, matriciamento define-se como um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe multidisciplinar em saúde para ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, por meio de reuniões interdisciplinares de forma presencial ou remota em dias e horários determinados, a fim de proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional;

Art. 22 - As internações realizadas em leitos de UCCI devem observar o fluxo ordinário de autorização da Autorização de Internação Hospitalar AIH, faturamento pelo hospital executor no Sistema de Informação Hospitalar (SISAIH01) e processamento pelo gestor do estabelecimento (no SIHD).

§ 1º - Os recursos repassados às Unidades de Cuidados Continuados Integrados têm caráter de incentivo a serem acrescidos ao pagamento mensal realizado pelos respectivos gestores conforme instrumentos contratuais formalizados entre as partes.

§ 2º - Para fins de faturamento devem ser considerados os atributos estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS para o procedimento realizado. Entre os atributos estabelecidos na Tabela, estão os tipos de leito que podem ser informados no faturamento da AIH.

§ 3º - Em caso de agudização do quadro clínico do paciente e necessidade de assistência não compatível com a complexidade do Hospital contemplado por UCCI, deverá ser realizado cadastro de AIH no SUSfácilMG para prosseguimento do processo regulatório para o hospital de maior complexidade, conforme grade de referência pactuada.

Art. 23 - O transporte do paciente do hospital de maior complexidade para a UCCI será de responsabilidade do município de origem ou conforme pactuação no território.



§ 1º - Em caso de intercorrência durante o transporte do paciente para as UCCI, o paciente deverá ser encaminhado para a porta de urgência mais próxima ou retornar ao hospital referenciador considerando, sobretudo, a sua segurança assistencial.

§ 2º - Em caso de agudização do quadro clínico do paciente internado em UCCI e necessidade de assistência não compatível com essa estrutura, o transporte do paciente para o hospital de maior complexidade será de responsabilidade do SAMU 192.

## **Capítulo II – Serviço de Apoio à Rede de Urgência e Emergência**

Art. 24 - Os Serviços de Apoio à Rede de Urgência e Emergência são serviços localizados em hospitais que garantem estrutura de atendimento durante 24 (vinte e quatro) horas nos 7 (sete) dias da semana para demanda espontânea e referenciada para atendimento às necessidades assistenciais de usuários graves/críticos, em municípios de grandes distâncias, isolamento geográfico e/ou difícil acesso, considerados como vazios assistenciais para a urgência e emergência, e deverão se organizar de forma articulada, regionalizada e em rede.

§ 1º - Os Serviços de Apoio à Rede de Urgência e Emergência serão precursores de habilitação e homologação federal como Sala de Estabilização, conforme dimensionamento do quantitativo de serviços necessários, devendo observar às políticas nacionais e diretrizes vinculadas às portarias ministeriais correlatas.

§ 2º - Os Serviços de Apoio à Rede de Urgência e Emergência correspondem à tipificação Nível IV da Rede Resposta de Atenção às Urgências e Emergências, conforme a Deliberação específica.

Art. 25 - Serão considerados Serviços de Apoio à Rede de Urgência e Emergência, aqueles que cumprirem os seguintes critérios:

I - não ser contemplado pelo módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas;

II - ser hospital público ou filantrópico, com prestação de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60%, nos termos da Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021;

III - estar situado em município que tenha cobertura mínima de 70% (setenta por cento) da população pela APS ou comprometer-se a ampliar a cobertura para, no mínimo 70% (setenta por cento), no prazo de 12 (doze) meses;

IV - dispor minimamente de médico plantonista e equipe de enfermagem com enfermeiro exclusivo para o Acolhimento com Classificação de Risco de forma ininterrupta 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

V - ser referência locorregional para atendimentos de urgência para população própria e de outros municípios;

VI - ser resolutivo nas demandas vinculadas à Categoria Básica (Elencos de Serviços conforme Níveis de Atenção da Assistência Hospitalar MCHB) nas especialidades: clínica médica, pediatria, obstetrícia e cardiologia para os seus municípios e os demais para os quais é referência;

VII - constar nos fluxos assistenciais da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Macrorregião e Microrregião nas quais está inserido;

VIII - estar localizado em um município com tempo-resposta para as urgências maior que 60 (sessenta) minutos; e

IX - apresentar, preferencialmente, tempo de deslocamento de até 90 (noventa) minutos de uma instituição hospitalar com Unidade de Terapia Intensiva (UTI). § 1º - É facultada a inclusão de estabelecimentos como Serviços de Apoio à Rede de Urgência e Emergência (Nível IV) que não cumpram o critério disposto no item VIII do caput deste artigo, nas situações excepcionais previstas pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.282, de 25 de julho de 2023, Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.717, 24 de maio de 2024 e, Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.645, de 26 de março de 2024 ou outra que vier a substituí-la ou alterá-la.

§ 2º - O critério IX será utilizado como fator determinante em casos de mais de um pleito dentro do mesmo território.

§ 3º - Na existência de dois ou mais hospitais no mesmo município, que satisfaçam os critérios, deverá ser selecionado aquele com maior taxa de referência, contribuição para a resolubilidade na carteira de serviços MCHB e menor tempo-resposta.

Art. 26 - Os hospitais contemplados com Serviço de Apoio a Urgência e Emergência deverão solicitar a homologação ministerial como Sala de Estabilização após a aprovação do Plano de Ação Regional (PAR), sendo que esse pleito deve estar incluído no PAR da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais em até 18 (dezoito) meses, considerando os critérios dispostos nas Portarias Ministeriais vigentes.

Parágrafo único - Ocorrerá a suspensão do recurso e possível descredenciamento do hospital nos casos em que não se comprove o cumprimento dos requisitos dispostos neste artigo.

Art. 27 – Os Serviços de Apoio à Rede de Urgência e Emergência poderão ser vinculados adicionalmente à Rede de Atenção ao Parto e Nascimento.

§ 1º - O objetivo geral da RAPN é:

I - ofertar uma assistência de qualidade a gestante de risco habitual e ao recém-nascido, principalmente aquelas que residem em locais de difícil acesso;

II - possibilitar maior expertise da equipe com o aumento no volume de partos;



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

III - possibilitar a presença da equipe mínima na instituição; e

IV - desafogar as instituições Valor em Saúde de referência para o Risco Habitual da RAPN da microrregião de saúde.

§ 2º - Serão considerados vinculados adicionalmente à Rede de Atenção ao Parto e Nascimento, os Serviços de Apoio à Rede de Urgência e Emergência que cumprirem os critérios de elegibilidade conforme art. 25 desta Deliberação, acrescidos de:

I - estar anteriormente credenciado como Hospital de Apoio ao Parto e Nascimento no Módulo Hospitais Plataforma conforme disposto Resolução SES/MG nº 8.405, 27 de outubro de 2022, e as que vieram a alterá-la;

II - pertencerem a Rede de Atenção ao Parto e Nascimento conforme pactuação da grade de vinculação vigente do território;

III - possuírem taxa de cesárea abaixo de 80% (oitenta por cento) no último ano.

§ 3º - Para os hospitais vinculados à Rede de Atenção ao Parto e Nascimento, em adição ao item IV, art. 25, desta Deliberação, são necessários minimamente: médico obstetra, médico anestesista e profissional capacitado para atendimento ao recém-nascido, podendo ser médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal).

§ 4º - O regime de trabalho dos profissionais citados no §3º deste artigo deve garantir que eles estejam na instituição em até 20 (vinte) minutos contados a partir do seu acionamento.

Art. 28 - Os Hospitais de Apoio à Rede de Urgência e Emergência, além do cumprimento dos critérios de elegibilidade previstos no Art. 25, deverão assumir os seguintes compromissos:

I - realizar o Acolhimento com Classificação de Risco, para todos os usuários, pelo Protocolo de Manchester na versão atualizada, em conformidade com o Anexo II da Resolução SES/MG nº 7.520, de 19 de maio de 2021, a qual dispõe sobre a atualização da Rede de Urgência e Emergência, no Estado de Minas Gerais;

II - encaminhar quadrimestralmente à Unidade Regional de Saúde o relatório com número absoluto de atendimentos, considerando a classificação de risco individualmente realizada (ACCR);

III - realizar ações de Educação Permanente em Saúde e Educação Continuada para a equipe multiprofissional;

V - assegurar que o tempo entre a chegada do usuário ao serviço e a Classificação de Risco não seja maior que 10 (dez) minutos e que os tempos alvos preconizados pelo Protocolo de Manchester para a primeira avaliação médica estejam sendo cumpridos, de acordo com a gravidade clínica do usuário;



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

VI - realizar a contrarreferência para a Atenção Primária dos usuários atendidos na Urgência e Emergência munidos de Relatório/Sumário de Alta;

VII - fomentar as habilitações ministeriais de Sala de Estabilização em até 18 (dezoito) meses após credenciamento como Serviço de Apoio a Rede de Urgência e Emergência, quando atender os critérios estipulados para tal habilitação.

Art. 29 - O Incentivo financeiro mensal de contribuição de custeio dos Hospitais de Apoio às Urgências e Emergências corresponde a R\$ 48.000,00/mês (quarenta e oito mil reais).

§ 1º - Para os hospitais vinculados à Rede de Atenção ao Parto e Nascimento o valor supracitado será acrescido de R\$ 36.000,00/mês (trinta e seis mil reais).

§ 2º - Após habilitação dos serviços com a Sala de Estabilização pelo Ministério da Saúde, o aporte financeiro estadual será extinto, exceto no caso do adicional da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento.

### **Capítulo III - Hospitais de Apoio à RAPS**

Art. 30 - Os Hospitais de Apoio à RAPS são hospitais gerais vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde os Leitos de Saúde Mental oferecerão suporte hospitalar em atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, conforme preconizado na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 e Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

§ 1º - O cuidado a ser ofertado deve ser realizado como retaguarda e por intermédio do CAPS de referência do município e outros estabelecimentos, nas situações de crise, de maneira pontual até a estabilidade clínica do usuário, em articulação com os demais pontos de atenção.

§ 2º - A instituição hospitalar deverá ser realizar ações e articulações junto a equipe dos CAPS de referência e Coordenação Municipal de Saúde Mental do território.

§ 3º - Este módulo é precursor da habilitação Ministerial como Serviço Hospitalar de Referência para Atenção a Pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Art. 31 - A necessidade de leitos primária foi calculada considerando metodologia disposta no Anexo VII desta Deliberação.

§ 1º - Entende-se como necessidade primária o número de leitos necessários a partir das pactuações definidas nas diversas Comissões Intergestora Bipartite microrregionais, macrorregionais e CIB/SUS



Art. 32 - Serão considerados Hospitais de Apoio à RAPS, aqueles que cumprirem os seguintes critérios:

I - não ser contemplado pelo módulo Valor em Saúde, observadas as excepcionalidades previstas no Art. 33 desta Deliberação;

II - ser público ou filantrópico, com prestação de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60%, nos termos da Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021;

III - estar situado em municípios e microrregiões em que há necessidade de leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas conforme disposto no Anexo VII desta Deliberação;

IV - ter um CAPS de referência no município ou microrregião de saúde sinalizado na grade de referência; e

V - possuir Equipe multiprofissional conforme disposto no Anexo VIII desta Deliberação ou se comprometer a estruturá-la imediatamente após ser publicada Resolução específica com a listagem de beneficiários.

§ 1º - O número de leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 10% (dez por cento) do número total de leitos do Hospital Geral, limitado ao máximo de 30 (trinta) leitos.

§ 2º - O número de leitos fica condicionada à necessidade identificada de leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Anexo VII desta Resolução) na Microrregião.

§ 3º - Casos excepcionais devem ser discutidos no Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, Comitê Gestor de Atenção Hospitalar e pactuado na CIB Micro/Macro, contemplando justificativas técnicas para o pleito, inclusive os casos cuja a implantação de leito em um quantitativo populacional for inferior a proporção informada.

§ 4º - O quantitativo de leito previsto deverá seguir a proporção de 1 (um) leito de saúde mental para cada 23 (vinte e três) mil habitantes.

Art. 33 – Excepcionalmente, o componente Hospitais de Apoio à RAPS poderá ser cumulativa em hospitais elegíveis para o módulo Valor em Saúde, em atendimento à lógica territorial da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, no qual determina que o cuidado a ser ofertado deve ser próximo ao território do usuário e a Política Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais instituída pela Resolução SES/MG nº 5.461/2016, desde que presente e observadas, uma ou mais das seguintes excepcionalidades:



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

I – ausência de Hospitais elegíveis ao componente Hospitais de Apoio a RAPS, que não classificados como Valor em Saúde da microrregião de saúde;

II – desinteresse por parte dos Hospitais não classificados como Valor em Saúde da microrregião de saúde;

III – tempo de resposta maior que 60 minutos ou distância maior que 60 quilômetros, considerando os critérios utilizados para a oferta de serviços de atendimentos móveis de urgências (SAMU) da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Minas Gerais aplicáveis também a Rede de Atenção Psicossocial (SHR); e

IV – população indígena a ser referenciada da microrregião de saúde.

Parágrafo único - Considerando as especificidades regionais do Estado de Minas Gerais que possam existir, situações além das dispostas no §2º podem ser atendidas, mediante a sinalização pelas Superintendências/Gerências Regionais de saúde por meio de Parecer Técnico, aprovação do Comitê Gestor de Atenção Hospitalar, e posterior pactuação na CIB Micro/Macro.

Art. 34 – Para viabilização dos fluxos assistenciais, os Hospitais de Apoio à RAPS necessariamente devem estar vinculados a um ou mais CAPS, desta forma, o encaminhamento do pleito deve ser precedido da grade de referência discutida no âmbito regional.

§ 1º - Após pactuação da grade de referência, os leitos destinados atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas devem ser disponibilizados à Central de Regulação.

§ 2º - Na grade de referência, os Hospitais de Apoio à RAPS devem garantir suporte hospitalar em atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

§ 3º - As transferências devem ser realizadas via o Sistema Estadual de Regulação – SUSfácilMG.

Art. 35 - A definição do incentivo financeiro para o componente Hospitais de Apoio à RAPS é condicionada ao número leitos destinados à atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 1º - O valor leito/mês para os Hospitais de Apoio à RAPS será de R\$ 6.732,13 (seis mil, setecentos e trinta e dois reais e treze centavos).

§ 2º Após a habilitação pelo Ministério da Saúde, o aporte financeiro estadual será deduzido, de forma a equiparar ao valor vigente, estabelecido na política estadual do Valora Minas, ou seja, o valor de R\$1.122,02 será complementado pelo estado, até que o valor do Ministério seja igual o valor pago pela Política Valora Minas.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

§ 3º - A submissão da proposta de habilitação deverá ser realizada em até um ano após ser publicada Resolução específica de inclusão do beneficiário, inclusive para os Hospitais de Apoio à RAPS que se encontravam credenciados como Hospitais de Pequeno Porte (HPP).

§ 4º - O prazo para submissão da proposta de habilitação ficará suspenso, caso o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) ou equipamento equivalente do Ministério da Saúde esteja fechado para novas admissões.

§ 5º - Em casos de não submissão da proposta ao MS após o prazo estipulado, será desencadeado processo de análise do potencial de exclusão desses beneficiários do módulo.

§ 6º - Na hipótese de existência de recursos federais alocados nos municípios para leitos de saúde mental em hospital geral provenientes de fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, este deverá ser remanejado para outro componente/serviço da Rede Atenção Psicossocial em conformidade com as orientações e diretrizes da Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

## **TÍTULO II - SOBRE O FLUXO DE CREDENCIAMENTOS**

Art. 36 - O processo de seleção dos hospitais participantes do Módulo Hospitais de Pequeno Porte (HPP), da Política de Atenção Hospitalar – Valora Minas – deverá obedecer ao seguinte fluxo:

§ 1º - O Nível Central da SES/MG encaminhará aos territórios:

I - os critérios de elegibilidade estabelecidos nesta Deliberação;

II - estudos técnicos realizados sobre o perfil hospitalar das Micro e Macrorregiões de Saúde do Estado para discussão nos Comitês Gestores Regionais de Atenção Hospitalar, demais Comitês vinculados às Redes Temáticas e posteriormente na CIB Micro e Macrorregional; e

III - orientações necessárias para realização das oficinas e definição das grades de referência, quando houver.

§ 2º - Os Comitês Gestores Regionais de Atenção Hospitalar, demais Comitês vinculados às Redes Temáticas (no que couber) e os apoiadores do COSEMS irão realizar oficinas com os gestores municipais e posteriormente com os prestadores para apresentação dos critérios de elegibilidade e definição das grades de referência.

§ 3º - Os gestores municipais irão encaminhar à Unidade Regional de Saúde documentação do pleito de credenciamento, a ser publicizada em Nota Técnica.

§ 4º - A Unidade Regional irá analisar ao pleito a luz dos critérios de elegibilidade e elaborar justificativa técnica que subsidie a análise do Comitê Gestor.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

§ 5º - Os Comitês Gestores Regionais de Atenção Hospitalar e demais comitês/grupos correlatos irão avaliar os pleitos à luz dos estudos técnicos e de acordo com os critérios listados para cada componente desta Deliberação.

§ 6º - A CIB Macrorregional realizará uma pactuação para o credenciamento de cada hospital, e encaminhará para o nível central da SES-MG.

§ 7º - As pactuações da CIB Macrorregional em conformidade com os estudos técnicos e os critérios previstos nesta Deliberação serão homologadas em CIB-SUS/MG e publicadas em Resolução de financiamento específica.

§ 8º - A inclusão de beneficiários no Módulo HPP fica condicionada à disponibilidade orçamentária e financeira.

§ 9º - O credenciamento dos hospitais previsto neste artigo seguirá o seguinte cronograma:

Etapa	Prazo
Capacitação das Unidades Regionais de Saúde	Agosto/2024
Discussões territoriais pelos Comitês Gestores Regionais de Atenção Hospitalar e demais comitês/grupos correlatos	Setembro e outubro/2024
Pactuação para o credenciamento das instituições hospitalares	CIB Macro novembro/2024
Homologação das pactuações	CIB-SUS/MG dezembro/2024
Publicação de Resolução que contempla os beneficiários e o financiamento	CIB-SUS/MG dezembro/2024

### **TÍTULO III - CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO E EXCLUSÃO**

Art. 37 - Os beneficiários do módulo Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e as condições de saúde dos territórios serão reavaliados anualmente pelos Comitês Gestores Regionais, momento em que os critérios de elegibilidade elucidados serão reaplicados e os dados de desempenho funcional serão analisados para definição da continuidade, exclusão ou alteração de beneficiários.

Art. 38 - A SES/MG suspenderá os repasses dos incentivos financeiros definidos para os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) a qualquer momento nas seguintes situações:

I - identificação da ausência de qualquer um dos profissionais que compõem a equipe mínima prevista;

II - descumprimento da carga horária prevista para os profissionais da equipe mínima;

III - inexistência da sala multiuso de reabilitação para os Hospitais contemplados por UCCI;

IV - descumprimento da estrutura e/ou rol de equipamentos/materiais mínimos da sala multiuso de reabilitação para os Hospitais contemplados por UCCI;

V - inexistência do Núcleo Interno de Regulação (NIR) para os Hospitais contemplados por UCCI;



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

VI - descumprimento do compromisso de realizar o pleito de habilitação ministerial correspondente a cada componente nos prazos estipulados nesta Deliberação;

VII - descumprimento do atendimento às demandas espontâneas e referenciadas conforme fluxos assistenciais pactuados no território para os hospitais com Serviço de Apoio a Rede de Urgência e Emergência;

VIII - descumprimento do compromisso de realizar o Acolhimento com Classificação de Risco, para todos os usuários pelo Protocolo de Manchester, nos hospitais com Serviço de Apoio a Rede de Urgência e Emergência;

IX - caracterização de risco pela Vigilância Sanitária;

X - não disponibilização de parte ou a integralidade dos leitos financiados no componente para a finalidade prevista nesta Deliberação; e

XI - descumprimento dos demais compromissos estabelecidos nesta Deliberação e/ou no termo de adesão firmado entre o beneficiário e a SES – MG.

§1º - As situações descritas neste artigo poderão ser constatadas por meio de monitoramento quadrimestral, visitas técnicas e/ou por comunicação oficial feita pela Unidade Regional de Saúde (URS) ao nível central da SES.

§ 2º - O beneficiário será notificado via ofício solicitando regularização em até 30 dias, após esse período o recurso financeiro será suspenso até que seja sanada a inconformidade.

§ 3º - O beneficiário não fará jus ao pagamento retroativo de valores financeiros referentes ao período de suspensão após a regularização, mas tão somente a valores futuros.

Art. 39 - A qualquer tempo, haverá exclusão de beneficiários se identificado:

I - interrupções dos serviços ao SUS-MG;

II - descontinuidade da prestação de serviços que ensejaram a inserção no módulo Hospitais de Pequeno Porte;

III - descumprimento da sua função assistencial nas Redes de Atenção;

IV - descumprimento dos compromissos firmados;

V - descumprimento das metas dos indicadores por 3 (três) quadrimestres consecutivos ou 5 (cinco) alternados;

VI - não regularização das inconformidades listadas no Art. 38 desta Deliberação em até 90 (noventa) dias corridos a contar da data da emissão de notificação formal pelo nível central da SES;

VII - manifestação de interesse do gestor municipal ou da instituição em se desvincular do Programa.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

§ 1º - Na hipótese de exclusão de beneficiários, o Comitê Gestor de Atenção Hospitalar poderá indicar o substituto à CIB Macro, quando houver, em conformidade com os critérios de elegibilidade.

§ 2º - Em caso de exclusão da Política, o beneficiário terá o prazo de 12 meses para execução dos saldos em conta, conforme objeto estabelecido na Política Valora Minas.

**TÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Art. 40 - O monitoramento do Módulo Hospitais de Pequeno Porte da Política Valora Minas será realizado a partir dos indicadores a serem divulgados em Resolução específica.

Art. 41 - Cabe aos Comitês Gestores Regionais de Atenção Hospitalar o acompanhamento do desempenho dos beneficiários e a consecução dos objetivos da Política de Atenção Hospitalar – Valora Minas, conforme diretrizes estabelecidas nesta Deliberação.

Art. 42 - Serão empreendidos esforços conjuntos junto aos territórios para viabilização de habilitação junto ao Ministério da Saúde e inserção dos beneficiários nas Redes Temáticas.

Art. 43 - Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 19 de junho de 2024.

**FÁBIO BACCHERETTI VITOR  
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E  
COORDENADOR DA CIB-SUS/MG**

**ANEXOS I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 4.736, DE  
19 DE JUNHO DE 2024 (disponível no sítio eletrônico [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)).**



## **Critérios de Elegibilidade e Inelegibilidade para as UCCI**

### **I- Da Elegibilidade do paciente para as UCCI**

Poderá ser admitido na Unidade de Cuidados Continuados Integrados o usuário em situação clínica estável cujo quadro clínico apresente uma das seguintes características:

#### **II - Da Elegibilidade para os cuidados CRÔNICOS/PALIATIVOS**

- a. Processo pós-agudo ou crônico agudizado<sup>1</sup> que requeira atendimento multiprofissional de alta intensidade<sup>2</sup> a nível hospitalar, com foco no melhor controle de sintomas causados pela condição de base
- b. Usuário submetido a procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos em que se encontre em recuperação e necessite de atendimento multidisciplinar de alta intensidade<sup>2</sup> a nível de internação.
- c. Paciente com indicação de atendimento multidisciplinar de alta intensidade<sup>2</sup> para suporte respiratório devido a dependência de ventilação mecânica, oxigenoterapia contínua, manobras de higiene brônquica e aspiração frequente de vias aéreas
- d. Uso prolongado (quantidade mínima de 07 dias) e intensivo (quantidade de intervenções diárias de no mínimo 02 vezes) de antibioticoterapia venosa e/ou terapia endovenosa com antifúngicos (Osteomielite e demais lesões de pele)
- e. Necessidade cuidados paliativos sequenciais para manejo de sinais e sintomas mal controlados. (ex: náusea, vômito, dor, hemorragia, dispneia)
- f. Usuário com possibilidade de desmame de oxigênio suplementar, que requeira atendimento multidisciplinar de alta intensidade
- g. Usuário com possibilidade de desmame da traqueostomia, que requeira atendimento multidisciplinar de alta intensidade
- h. Usuário com possibilidade de desmame de cateteres de alimentação, que requeira atendimento multidisciplinar de alta intensidade
- i. Necessidade de realizar cuidados de pacientes com lesões cutâneas, sem demanda de intervenções cirúrgicas em bloco cirúrgico (complexidade para nível ambulatorial).
- j. Necessidade de adaptação e treinamento de familiares e/ou cuidadores de pacientes sobre os cuidados com uso de sondas (cateteres, pele, periestomia, preparo, administração e armazenamento de dietas artesanais ou industriais, etc.).
- k. Paciente de ordem social que atenda à algum critério de elegibilidade e que esteja em um hospital de maior complexidade poderá ser encaminhado para o HT do município de origem.



## **I.II - Da Elegibilidade para REABILITAÇÃO**

Critérios abaixo devem ser avaliados para pacientes que não possuam declínio cognitivo grave e com potencial de ganho funcional dentro da janela terapêutica – até aproximadamente 90 dias após evento desencadeador.

- a. Necessidade de reabilitação multiprofissional com possibilidade de ganho funcional e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico, traumatológico ou infeccioso (pós-COVID-19, etc.).
- b. Necessidade de reabilitação motora por Acidente Vascular Cerebral (AVC), neuropatias (motoras), Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Hematoma Subaracnóide Traumático (HSAT), Hematoma Subaracnóide Espontâneo (HSAE), Traumatismo Raquimedular (TRM), ou doenças degenerativas.
- c. Sequelas pós-amputação de membros, politraumatismos ou cirurgias de grande porte e incapacitantes de fêmur, quadril, coluna vertebral que indiquem tratamento interdisciplinar para a promoção de sua independência e reinserção sociofamiliar.
- d. Treinamento de uso de órteses ortopédicas, órteses funcionais, próteses de membros inferiores e membros superiores e meios auxiliares de locomoção.
- e. Dependência parcial ou total em pelo menos uma das atividades básicas de vida diária (alimentação, higiene pessoal, banho, vestimenta, continência, transferência).

## **II - Da Inelegibilidade**

Será inelegível à internação em leitos de transição o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações:

- a. Episódio de doença em fase aguda ou crítica, em quadro clinicamente instável, com necessidade de monitorização contínua;
- b. Internação exclusivamente para avaliação diagnóstica;
- c. Necessidade de intervenções cirúrgicas ou procedimentos de alta complexidade (Hemodiálise, quimioterapia, gastrostomia, etc.).
- d. Doença infectocontagiosa com necessidade de leito de isolamento específico (COVID-19, tuberculose, etc.).
- e. Admissão exclusivamente por motivos de ordem social (insuficiência familiar, sócio econômica ou análogos). Excepcionalmente o Hospital contemplado pela UCCI deverá realizar as internações por motivo social quando o paciente for morador do município onde está localizado o hospital.
- f. Necessidade de cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais (intuito de manutenção/monitoramento, sem critério para ganhos funcionais e



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

retirada de dispositivos), que possam ser prestados em domicílio e acompanhados pelas equipes de atenção básica.



**ANEXO II DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 4.736, DE 19 DE JUNHO DE 2024.**

**Recursos Humanos e Estrutura Mínimos Necessários para UCCI**

**I – Recursos Humanos**

Quadro 1: Composição mínima da equipe multiprofissional nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados

<b>Profissional</b>	<b>Carga Horária Semanal</b>	<b>Regime de Trabalho</b>
Médico clínico	40 horas	Presencial
Enfermeiro	60 horas	Presencial
Fisioterapeuta	40 horas	Presencial
Fonoaudiólogo	20 horas	Presencial
Psicólogo	20 horas	Presencial
Assistente social	20 horas	Presencial
Nutricionista	20 horas	Presencial
Técnico de enfermagem	120 horas	Presencial

**II – Estrutura Mínima**

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

Quadro 2: Estrutura mínima necessária para a Sala de Reabilitação das UCCI

<b>SALA DE REABILITAÇÃO - ESTRUTURA MÍNIMA</b>	
<b>SALA - 35m<sup>2</sup></b>	
<b>EQUIPAMENTOS E MATERIAIS</b>	<b>QTDE</b>
AMBU	1
Andador (Adulto e Infantil)	1
Armários	1
Aspirador de Secreção portátil	1
Barras Paralelas	1
Bengala	1
Cadeiras	5



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Cilindro de Oxigênio	1
Escada Linear para Marcha (sem rampa)	1
Esfigmomanômetro	1
Estetoscópio	1
FES	1
Goniômetro	1
Lanterna clínica	1
Mesa Ortostática	1
Par de Muletas	1
Mesa de reunião	1
Mesas auxiliares	4
Mocho	1
Nebulizador Portátil	1
Oxímetro	1
Prono-supinador	1
TENS estimulador Transcutâneo	1
Ultrassom para fisioterapia	1
Computador	1



**ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 4.736, DE 19 DE JUNHO DE 2024.**

**Modelo de Plano Terapêutico Singular**

<b>Identificação</b>	<b>Usuário/ Paciente</b>	<b>Nº do Prontuário</b>	
	<b>Prof. de referência</b>	<b>Data de elaboração</b>	
<b>Resumo do Caso</b>	Resumo do caso e demais documentos relevantes como genograma, dados gerais sobre o paciente/usuário.		
	Mencionar documentos em anexo		
<b>Avaliação de Vulnerabilidade</b>	<b>Fatores de Risco</b>	<b>Fatores de Proteção</b>	
	Fragilidades	Potencialidades	
<b>Plano de Atividades</b>	<b>Ações</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>
<b>Ações pactuadas</b>	Ações pactuadas com o usuário, família, comunidade e demais atores		
<b>Outras informações</b>			





**ANEXO V DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 4.736, DE 19 DE JUNHO DE 2024.**

**Estimativa da Necessidade de Leitos de Cuidados Prolongados/CCI**

Para a estimativa do número de leitos de CCI foi utilizado o Parâmetro da Portaria de Consolidação nº 3 para o cálculo de leitos de cuidados prolongados, conforme descrito abaixo:

Art. 168. O cálculo para estabelecer a necessidade de leitos de Cuidados Prolongados será feito de forma regional, de acordo com os seguintes parâmetros:

- A necessidade de leitos hospitalares gerais é de 2,5 (dois inteiros e cinco décimos) leitos gerais para cada 1.000 (mil) habitantes;
- Os leitos de Cuidados Prolongados corresponderão a 5,62% (cinco inteiros e sessenta e dois décimos por cento) da necessidade total de leitos hospitalares gerais

A) 60% (sessenta por cento) para internações em UCP e HCP; e

B) 40% (quarenta por cento) para cuidados em Atenção Domiciliar.

Considerando o exposto, no Estado de Minas Gerais são necessários 1.734 leitos de UCP/CCI, distribuídos por microrregião e macrorregião de saúde conforme o quadro abaixo:

Quadro 3: Necessidade estimada de leitos hospitalares de cuidados prolongados/CCI por Microrregião e Macrorregião de Saúde



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

MACRO	MICRO	População (Censo 2022)	Necessidade de Estimada de leitos UCP/HCP por macro	Necessidade de Estimada de leitos UCP/HCP por micro	Leitos de UCP/HC P habilitados	Necessidade de por micro	Necessidade de por macro
Centro	Belo Horizonte/Nova Lima/Santa Luzia	3215170	539	271	145	126	369
Centro	Betim	732511		62	25	37	
Centro	Contagem	829244		70	0	70	
Centro	Curvelo	178891		15	0	15	
Centro	Guanhães	89002		8	0	8	
Centro	Itabira	227558		19	0	19	
Centro	João Monlevade	139815		12	0	12	
Centro	Ouro Preto	189573		16	0	16	
Centro	Sete Lagoas	431976		37	0	37	
Centro	Vespasiano/Lagoa Santa	343342		29	0	29	
Centro-Sul	São João Del Rei	237071		20	15	5	
Centro-Sul	Barbacena	222233	65	19	50	Superavit 31	Superavit 15
Centro-Sul	Congonhas	124199		10	15	Superavit 5	
Centro-Sul	Conselheiro Lafaiete	186540		16	0	16	
Jequitinhonha	Araçuaí	77593		7	0	7	
Jequitinhonha	Diamantina	138441	32	11	15	Superavit 4	3
Jequitinhonha	Serro	56981		5	0	5	
Jequitinhonha	Turmalina/M. Novas/Capelinha	112578		10	15	Superavit 5	
Leste	Governador Valadares	396974	54	34	0	34	54
Leste	Mantena	64534		5	0	5	
Leste	Peçanha/São João Evangelista/Santa Maria do Suaçuí	95539		8	0	8	
Leste	Resplendor	85988		7	0	7	
Leste do Sul	Manhuaçu	348467	57	29	0	29	57



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Leste Sul	do	Ponte Nova	207331		17	0	17	
Leste Sul	do	Viçosa	134409		11	0	11	
Nordeste		Itambacuri	40302		4	0	4	
Nordeste		Águas Formosas	55665		5	0	5	
Nordeste		Almenara/Jacinto	162377		14	0	14	
Nordeste		Itaobim	74976		7	0	7	
Nordeste		Nanuque	60597	67	5	0	5	67
Nordeste		Padre Paraíso	54375		5	0	5	
Nordeste		Pedra Azul	64091		5	0	5	
Nordeste		Teófilo Otoni/Malacacheta	262395		22	0	22	
Noroeste		João Pinheiro	70790		6	0	6	
Noroeste		Patos de Minas	268193	60	23	0	23	60
Noroeste		São Gotardo	102163		8	0	8	
Noroeste		Unaí/Paracatu	271765		23	0	23	
Norte		Bocaiúva	73179		6	0	6	
Norte		Brasília de Minas	123262		10	0	10	
Norte		Coração de Jesus	43968		4	0	4	
Norte		Francisco Sá	66026		5	0	5	
Norte		Janaúba/Monte Azul	266114		22	0	22	
Norte		Januária	110232	134	9	0	9	134
Norte		Manga	55744		5	0	5	
Norte		Montes Claros	446005		38	0	38	
Norte		Pirapora	133939		11	0	11	
Norte		Salinas	64043		5	0	5	
Norte		São Francisco	98317		8	0	8	
Norte		Taiobeiras	131922		11	0	11	
Oeste		Bom Despacho	107398		9	0	9	
Oeste		Campo Belo	95156		8	0	8	
Oeste		Divinópolis	347827	108	29	15	14	43
Oeste		Formiga	121445		10	50	Superavit 40	
Oeste		Itaúna	131181		11	0	11	



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Oeste	Lagoa da Prata/Sto Ant. Monte	128741		11	0	11	
Oeste	Oliveira/Sto Ant. Amparo	100229		8	0	8	
Oeste	Pará de Minas/Nova Serrana	256325		22	0	22	
Sudeste	Além Paraíba	52192		4	0	4	
Sudeste	Carangola	127156		11	15	Superavit 4	
Sudeste	Juiz de Fora	592694		50	50	0	
Sudeste	Leopoldina/Cataguases	170181		14	0	14	
Sudeste	Lima Duarte	71271	134	6	0	6	69
Sudeste	Muriae	165935		14	0	14	
Sudeste	Santos Dumont	46482		4	0	4	
Sudeste	São João Nepomuceno/Bicas	71610		6	0	6	
Sudeste	Ubá	299453		25	0	25	
Sudoeste	Alfenas/Machado	291274		25	30	Superavit 5	
Sudoeste	Cássia	47716		4	0	4	
Sudoeste	Guaxupé	141554	76	12	0	12	46
Sudoeste	Passos	205382		17	0	17	
Sudoeste	Piumhi	79525		7	0	7	
Sudoeste	São Sebastião do Paraíso	126097		11	0	11	
Sul	São Lourenço	257374		22	15	7	
Sul	Lavras	185316		16	0	16	
Sul	Três Corações	126897	76	11	0	11	61
Sul	Três Pontas	123558		10	0	10	
Sul	Varginha	198302		17	0	17	
Triângulo do Norte	Ituiutaba	187953		16	0	16	
Triângulo do Norte	Patrocínio/Monte Carmelo	193311	111	16	0	16	111
Triângulo do Norte	Uberlândia/Araguari	936974		79	0	79	
Triângulo do Sul	Araxá	190805		16	0	16	
Triângulo do Sul	Frutal/Iturama	172237	66	14	0	14	66



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Triângulo do Sul	Uberaba	424060		36	0	36	
Vale Aço do	Caratinga	196029		17	0	17	
Vale Aço do	Coronel Fabriciano/Timóteo	217646	68	19	0	19	68
Vale Aço do	Ipatinga	377249		32	0	32	
Extremo Sul	Itajubá	200.955		17	0	17	
Extremo Sul	Poços de Caldas	233.277	86	20	0	20	86
Extremo Sul	Pouso Alegre	574.815		49	0	49	
<b>Minas Gerais</b>		<b>20.539.982</b>	<b>1.734</b>	<b>1.734</b>	<b>455</b>	<b>1.279</b>	<b>1.279</b>



**Modelo para elaboração de Plano de Trabalho**

**PLANO DE TRABALHO PARA EXECUÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS  
DESTINADOS ÀS UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

*Instrumento demonstrativo contendo todo o detalhamento do processo de aquisição dos itens a serem adquiridos com o recurso financeiro destinado às Unidades de Cuidados Continuados Integrados.*

**1 – IDENTIFICAÇÃO/ DADOS DO BENEFICIÁRIO**

ÓRGÃO/ENTIDADE PROPONENTE: *Dados do Fundo Municipal de Saúde-FMS.*

CNPJ:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

DDD/Fone:

Nome do responsável: *Dados do gestor do FMS.*

CPF:

RG:

Órgão expedidor:

Cargo/função:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

CNES do estabelecimento sede da equipe:



## **2 - DESCRIÇÃO DO OBJETO**

Identificação do Objeto: *Descrever os itens a serem adquiridos de forma completa e sucinta;*

## **3 –JUSTIFICATIVA**

Justificativa fundamentada: *descrever as razões, objetivos e metas, evidenciando os benefícios e os resultados a serem atingidos a partir da aquisição dos itens descritos no tópico 2.*



**ANEXO VII DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 4.736, DE 19 DE JUNHO DE 2024.**

**Estimativa da Necessidade de Leitos de Saúde Mental**

Para a estimativa do número de leitos de saúde mental foi utilizado o Parâmetro da Portaria de Consolidação nº 3, conforme descrito abaixo:

Art. 59. A distribuição dos leitos hospitalares para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes parâmetros e critérios: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º)

I - 1 (um) leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas para cada 23 mil habitantes, tendo como base o Capítulo II do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º, I)

Considerando o exposto, no Estado de Minas Gerais são necessários aproximadamente 522 leitos hospitalares para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Em relação às Microrregiões, tem-se (Tabela 1):

Tabela 1: Necessidade estimada de leitos para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas por Microrregião de Saúde

MICRO	POPULAÇÃO	CAPACIDADE DE LEITOS	TOTAL DE LEITOS	ESTIMATIVA DE NECESSIDADE
Águas Formosas	59.740	2	5	0
Além Paraíba	57.409	2	4	0
Alfenas/Machado	304.490	13	16	0
Almenara/Jacinto	171.958	7	9	0
Araçuaí	89.558	3	4	0
Araxá	192.740	8	4	4
Barbacena	240.507	10	17	0
Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté	3.444.678	149	15	134
Betim	746.753	32	6	26
Bocaiuva	79.034	3	4	0
Bom Despacho	108.446	4	10	0



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Brasília de Minas/São Francisco	235.685	10	10	0
Campo Belo	100.116	4	4	0
Carangola	129.216	5	9	0
Caratinga	204.856	8	8	1
Cássia	50.748	2	2	0
Congonhas	127.345	5	4	1
Conselheiro Lafaiete	187.958	8	8	0
Contagem	891.929	38	10	28
Coração de Jesus	47.514	2	3	0
Coronel Fabriciano/Timóteo	233.601	10	4	6
Curvelo	187.275	8	6	2
Diamantina	142.902	6	7	0
Divinópolis	357.499	15	2	13
Formiga	123.452	5	4	1
Francisco Sá	74.952	3	6	0
Frutal/Iturama	185.367	8	7	1
Governador Valadares	433.210	18	13	5
Guanhães	93.442	4	4	0
Guaxupé	145.331	6	0	6
Ipatinga	414.791	18	11	7
Itabira	240.037	10	10	0
Itajubá	206.281	8	6	3
Itambacuri	44.464	1	2	0
Itaobim	80.549	3	3	0
Itaúna	127.705	5	0	5
Ituiutaba	196.927	8	4	4
Janaúba/Monte Azul	279.939	12	10	2
Januária	117.678	5	4	1
João Monlevade	140.317	6	1	5
João Pinheiro	74.621	3	0	3
Juiz de Fora	630.783	27	26	1
Lagoa da Prata/Sto. Antônio do Monte	130.892	5	5	0
Lavras	186.938	8	2	6
Leopoldina/Cataguases	184.623	8	8	0
Lima Duarte	70.595	3	3	0
Manga	56.549	2	3	0
Manhuaçu	349.218	15	15	0



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Mantena	70.158	3	3	0
Montes Claros	451.590	19	18	1
Muriaé	176.050	7	9	0
Nanuque	67.824	2	4	0
Oliveira/Santo Antônio do Amparo	106.529	4	5	0
Ouro Preto	189.650	8	10	0
Padre Paraíso	63.334	2	3	0
Pará de Minas	260.522	11	15	0
Passos	214.365	9	4	5
Patos de Minas	266.658	11	7	4
Patrocínio/Monte Carmelo	197.077	8	15	0
Peçanha/São João Evangelista	57.729	2	2	0
Pedra Azul	65.801	2	3	0
Pirapora	148.213	6	8	0
Piumhi	77.596	3	3	0
Poços de Caldas	241.554	10	10	0
Ponte Nova	210.525	9	10	0
Pouso Alegre	558.200	24	15	9
Resplendor	89.198	3	7	0
Salinas	68.593	2	3	0
Santa Maria do Suaçuí	42.914	1	2	0
Santos Dumont	50.541	2	0	2
São Gotardo	95.081	4	4	0
São João Del Rei	242.516	10	5	5
São João Nepomuceno/Bicas	73.602	3	3	0
São Lourenço	264.985	11	11	0
São Sebastião do Paraíso	126.746	5	1	4
Serro	50.013	2	2	0
Sete Lagoas	455.269	19	18	1
Taiobeiras	140.703	6	8	0
Teófilo Otoni/Malacacheta	281.676	12	14	0
Três Corações	134.981	5	1	4
Três Pontas	126.092	5	12	0
Turmalina/Minas Novas/Capelinha	125.879	5	7	0
Ubá	320.651	13	13	0
Uberaba	428.065	18	12	6
Uberlândia/Araguari	933.101	40	39	1
Unai	277.807	12	3	9



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Varginha	204.144	8	0	8
Vespasiano	337.902	14	8	6
Viçosa	139.417	6	10	0
<b>TOTAL:</b>		<b>891</b>	<b>645</b>	<b>330</b>



**Recursos Humanos Necessários – Hospitais de Apoio à RAPS**

Equipe mínima:

I - para o cuidado de até 4 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem por turno;
- b) 1 (um) profissional de nível superior com especialização na área de saúde nível superior das seguintes categorias: Psicólogo, Enfermeiro, assistencial social ou terapeuta ocupacional
- c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos.

II - para o cuidado de 5 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e
- c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos.

III - para o cuidado de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;
- c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e
- d) 1 (um) médico, preferencialmente psiquiatra, responsável pelos leitos.

IV - para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 6 (seis) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;
- c) 3 (três) profissionais de saúde mental de nível superior;
- d) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos; e
- e) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos.