

RESOLUÇÃO SES Nº 2.607, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2010.

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

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE e Gestor do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais-SUS/MG, no uso de suas atribuições que lhe confere o

§ 1º do art. 93 da Constituição do Estado e considerando:

- a seção II, Capítulo II, do Título VIII da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde – SUS;
- 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 Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;
- 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 GM/MS nº 1.020, de 13 de maio de 2009, que estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências;
- A resolução SES nº 1.924, de 17 de junho de 2009, que dispõe sobre a implantação e implementação das Unidades de Pronto Atendimento/UPA e Salas de Estabilização/SE no Estado de Minas Gerais, conforme Portaria GM/MS nº 1.020, de 13 de maio de 2009, e aprova os projetos de incentivos a serem encaminhados ao Ministério da Saúde;
- a Portaria GM/MS nº 2.970, de 08 de dezembro de 2008, que institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192;
- a Portaria GM/MS nº 2.972, de 09 de dezembro de 2008, que orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde – Programa QualiSUS priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências;
- 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 e mortalidade evitável;
- a necessidade de garantir a presença, em vinte e quatro horas por dia, de equipe mínima de profissionais, de acordo com a classificação funcional 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; e
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 747, de 7 de dezembro de 2010.

RESOLVE:

Art. 1º Ficam estabelecidas às normas gerais de Implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais.

SEÇÃO I – DA CARACTERIZAÇÃO DAS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS

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; as quais deverão observar, no que couber, as disposições da Portaria GM/MS nº1020 de 13 de maio de 2009 e da resolução SES nº1924 de 17 de junho de 2009;

III - Pontos de atenção hospitalar classificado de acordo com sua tipologia e função na Rede, conforme anexo I;

IV - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 macrorregional;

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 outras centrais de regulação do complexo de acordo com anexo II; e

VI – Comitê Gestor Macrorregional das Urgências e Emergências.

Parágrafo único. A rede regional de urgência e emergência terá abrangência macrorregional de acordo com o PDR 2009, podendo apresentar variações de acordo com especificidades regionais.

Art. 3º O modelo de atenção para as condições agudas é a classificação de risco.

Parágrafo único. O protocolo de Manchester informatizado, disponibilizado pela SES-MG em cada ponto de atenção da rede regional de urgência e emergência será adotado como linguagem única na classificação de risco das demandas de cuidado para as condições agudas.

Art. 4º Os Hospitais participantes da Rede de Resposta Hospitalar as Urgências e Emergências serão definidos, de acordo com classificação e função na Rede, observados as seguintes tipologias e detalhamento no anexo I:

I - Hospital de Urgência Nível IV;

II - Hospital Geral de Urgência Nível III;

III - Hospital Geral de Urgência Nível II;

IV - Hospital de Referência ao Trauma Nível I;

V - Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares Nível I;

VI – Hospital de Referência ao Acidente Vascular Cerebral Nível I;

VII – Hospital de Urgência Polivalente Nível I.

Parágrafo Único. 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 macrorregião.

SEÇÃO II – DOS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA DA REDE

Art.5º As instituições hospitalares interessados em integrar a rede macrorregional de urgências e emergências deverão estar de acordo com o plano de investimentos a ser elaborado nas oficinas de trabalho macrorregionais.

Parágrafo Único. As instituições serão classificadas nos tipos I a VII de acordo com anexo I obedecendo ainda os seguintes critérios:

I- estar localizado preferencialmente em município sede de microrregião;

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 e alcançáveis nas áreas de urgência de acordo com a tipologia classificada de I a VII, de acordo com o Anexo I;

IV- ter os recursos tecnológicos de acordo com a tipologia do Anexo I;

V- ser, preferencialmente, hospital incluído no PRO HOSP;

VI- firmar Contrato de Credenciamento com o SUS, nos termos desta Resolução com garantia do efetivo funcionamento durante 24h por dia, todos os dias da semana;

VII responder ao Complexo Regulador da Macrorregião de acordo com a rede estabelecida e os fluxos pactuados.

SEÇÃO III – DA IMPLANTAÇÃO DO SAMU-192 MACRORREGIONAL

Art. 6º A implantação do SAMU-192 macrorregional seguirá a diretrizes contidas na Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, nº 2.970, de 8 de dezembro 2008, e a metodologia empregada pela SES - MG que leva em consideração a combinação dos critérios abaixo para garantir a premissa do tempo-resposta (90% da população a no máximo 60 minutos de um ponto de atenção fixo ou móvel):

I – o pólo da macrorregião sediará a central de regulação de urgência, integrando o complexo regulador;

II – o pólo da macrorregião deverá ter pelo menos 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, microrregião e macrorregião;

IV - o pólo da microrregião deverá ter pelo menos 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, pelo menos, uma USB;

VIII – a distribuição geográfica deverá atender 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 CIB Estadual 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 macrorregional de investimento e terá custeio tripartite;

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

SEÇÃO IV – DO COMPLEXO REGULADOR

Art. 7º O complexo regulador da assistência é uma estrutura operacional, com representação no comitê gestor de urgência e congrega as instituições 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.

SEÇÃO V – O CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE URGÊNCIAS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Art. 8º A ordem de implantação das Redes de Urgências no Estado de Minas Gerais obedecerá os resultados do estudo baseados no indicador YLL - years of life lost -, das macrorregiões em ordem decrescente, conforme anexo III, de tal forma que a prioridade seja dada às macrorregiões com piores índices. Definida a região a implantar a rede de urgência, será estabelecido na primeira oficina descrita no art. 11, 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 macrorregião às características da Rede, de acordo com Seção I, arts. 2º, 3º e 4º;

- 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 O descumprimento dos prazos de adesão a Rede na forma do Art. 8º implicará na alteração da ordem de implantação.

§ 3º A Rede de Urgência da macrorregião norte de Minas foi implantada no ano de 2009, como projeto pioneiro e as Redes de Urgência das macrorregiões Centro, Centro-Sul, Nordeste e Jequitinhonha, já iniciadas, se manterão como prioridades.

§ 4º Para adesão à Rede de Urgência os municípios da macrorregião 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.

SEÇÃO VI – DAS OFICINAS DE IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE URGÊNCIAS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Art.9º A adesão dos municípios à política de implantação das Redes de Urgências no Estado de Minas Gerais deverá ser formalizada por ofício e encaminhado ao Secretário de Estado da Saúde, nomeando os representantes para a participação das oficinas de implantação.

Art.10 No ato de adesão à Rede de Urgência, os municípios da macrorregião deverão garantir contrapartida financeira municipal a ser repassada a um ente público de direito público para gestão do SAMU macrorregional e do Núcleo de Educação Permanente/NEP.

Art. 11 A implantação das Redes de Urgências 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 das Urgências de acordo com anexo IV;
- II - Oficina II – Estabelece os pontos e o modelo de atenção da Rede de Urgência;
- III - Oficina III – Estabelece os fluxos de atenção da Rede de Urgência e o SAMU-192 Macrorregional;
- IV - Oficina IV – Estabelece o sistema de regulação assistencial;
- V - Oficina V – Estabelece o sistema de Governança e financiamento da Rede de Urgência;
- VI - Oficina VI – Estabelece a contratualização dos prestadores, os indicadores e metas da Rede de Urgência.

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

SEÇÃO VII – DO INCENTIVO FINANCEIRO DAS REDES DE RESPOSTA HOSPITALAR AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Art.12 Será definido, junto à CIB, incentivo financeiro estadual para os Hospitais participantes da Rede de Resposta Hospitalar as Urgências para complementar o custeio das equipes de referência ao trauma, de referência às doenças cardiovasculares e de referência às doenças cerebrovasculares, observados os seguintes critérios:

- I - Complexidade dos serviços;
- II - densidade tecnológica;
- III - população adscrita;
- IV - equipe de assistência necessária; e
- V - disponibilidade orçamentária de acordo com o plano de financiamento macrorregional.

Parágrafo Único. O Hospital de Referência ao Trauma de Nível I ou o Hospital Geral de Urgência Nível II que possuir critérios para ser Referência às doenças cardiovasculares de nível I e/ou Referência ao Acidente Vascular Cerebral de nível I poderão fazer jus ao acúmulo dos respectivos incentivos de que trata o caput deste artigo, caso integre as redes temáticas em questão.

Art. 13 As instituições só farão jus ao recebimento do incentivo após a efetiva implantação da Rede, obedecidos todos os requisitos dispostos no art. 2º, atestada pela Coordenação Estadual de Atenção às Urgências, Emergências/SAS/SES-MG e pelo Comitê Gestor Macrorregional das Urgências e Emergências.

SEÇÃO VIII – DO REPASSE DO INCENTIVO FINANCEIRO PARA CUSTEIO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 14 A Rede de Urgência Emergência terá incentivo do Estado de Minas Gerais a ser repassado do Fundo Estadual de Saúde e do Fundo Nacional de Saúde, 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 Hospitalar as Urgências e Emergências-, mediante assinatura de Termo de Compromisso.

Parágrafo único. Compete aos municípios providenciarem o repasse dos recursos financeiros aos hospitais participantes da Rede de Urgência e Emergência.

Art. 15 A Superintendência de Planejamento e Finanças da Secretaria de Estado de Saúde/SPF/SES - MG repassará o incentivo financeiro mediante assinatura do Termo de Compromisso ou Termo de Metas e autorização da Coordenação Estadual de Atenção às Urgências e Emergências da Superintendência de Atenção à Saúde/SAS/SES-MG.

Parágrafo único. Os recursos financeiros deverão ser movimentados em conta bancária exclusiva, em instituição financeira oficial e, na inexistência, em outra agência bancária local.

Art. 16 A adesão dos Hospitais a Rede de Resposta Hospitalar as Urgências será formalizada mediante a assinatura do respectivo termo.

Art.17 Todos os repasses mensais ficarão condicionados ao encaminhamento pela CIB Macrorregional do atesto do cumprimento das exigências estabelecidas nos respectivos Termos celebrados.

§ 1º Para atestar o cumprimento das exigências a CIB macro se baseará no relatório mensal do Comitê Gestor Regional de Urgências.

§ 2º Nos casos de observação de não conformidades, o pagamento será suspenso. Caso as inconformidades sejam sanadas em tempo hábil, o restabelecimento do pagamento se dará mediante relatório do comitê gestor, que deverá ser aprovado pela CIB macro.

SEÇÃO IX – DO MONITORAMENTO DAS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 18 O monitoramento das respostas da Rede de Urgência é de responsabilidade:

I – da Secretaria Municipal de Saúde/SMS;

II – da Coordenação da Urgência e Emergência, da SAS/SES-MG;

III – da Superintendência de Regulação/SR/SES-MG;

IV- das Comissões de Acompanhamento e Avaliação, conforme Resolução SES nº 2.568/2010;

V – da CIB MACRO;

VI - do Comitê Gestor Regional das Urgências.

§ 1º Em cada rede macrorregional implantada será constituído um Comitê Gestor Macrorregional de Urgências, sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde, subsidiando a CIB macrorregional no que se refere às questões pertinentes às urgências da rede instalada.

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

§ 3º A constituição do Comitê Gestor Regional de Urgências levará em consideração os componentes mínimos estabelecidos no anexo IV.

§ 4º O Comitê Gestor Regional das Urgências emitirá relatório de suas reuniões e deverá submetê-lo à homologação da CIB Macrorregional e parecer dos demais membros que exercem o monitoramento e execução do Programa.

§ 5º A CIB macrorregional deverá encaminhar mensalmente o relatório de observância dos contratos firmados, baseando-se no relatório do Comitê Gestor Regional de Urgências, para que os repasses sejam mantidos ou suspensos.

SEÇÃO X – DA COMPETÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Art. 19 Compete às Secretarias Municipais de Saúde/SMS:

I - planejar, implantar em conjunto com o Comitê Gestor Regional de 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;

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

Art. 20 Compete às SMS sede das equipes da rede de urgência e emergência:

I – formalizar termo com o (s) Hospital (is) participante (s) da Rede;

II - repassar os recursos financeiros à instituição participante do programa em prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis a contar do repasse da SES;

III - não substituir fonte de financiamento;

IV – garantir a contrapartida financeira.

SEÇÃO XI – DA COMPETÊNCIA DA COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Art. 21 Compete à Coordenação Estadual de Atenção às Urgências, Emergências, 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, emitindo relatório conclusivo ao final da vigência dos Termos de Compromissos firmados.

SEÇÃO XII – DA COMPETÊNCIA DA ASSESSORIA DE CONTRATOS ASSISTENCIAIS ACA/SUBSPAS/SES-MG

Art. 22 Compete a ACA/SUBSPAS/SES-MG receber, publicar e acompanhar a execução dos Termos a serem celebrados com os Municípios e Hospitais provenientes desta Resolução, por meio do Sistema Eletrônico GEICOM, conforme Decreto nº 45.468/2010.

SEÇÃO XIII – DA COMPETÊNCIA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO

Art. 23 Compete às Comissões de Acompanhamento, quadrimestralmente, a verificação e validação do cumprimento das metas qualitativas e quantitativas pactuadas nos Termos, emitindo um Relatório de Acompanhamento, via Sistema Eletrônico GEICOM, conforme Resolução SES nº 2.568/2010.

SEÇÃO XIV – DA COMPETÊNCIA DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

Art. 24 Compete às Comissões de Avaliação, anualmente, avaliar os desvios ocorridos em relação às quantidades assistenciais estabelecidas e os indicadores de qualidade pactuados, objetivando a revisão e repactuação anual dos compromissos, emitindo Relatório Conclusivo de Avaliação, conforme Resolução SES nº 2.568/2010.

SEÇÃO XV – DA COMPETÊNCIA DO COMITÊ GESTOR MACRORREGIONAL DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Art. 25 Compete ao Comitê Gestor Macrorregional das 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 da CIB Macro nas discussões da atenção às urgências e emergências;

Parágrafo Único. 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;

III - submeter seus pareceres à aprovação da CIB Macrorregional;

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

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

Parágrafo Único. A composição do Comitê Gestor Macrorregional das Urgências e Emergências, bem como seu Regimento Interno serão publicados posteriormente em Resolução específica;

VI – Propor modificações, alterações, medidas corretivas, inclusões e exclusões quanto à rede de urgência.

SEÇÃO XVI – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS FINANCEIRAS E ASSISTENCIAIS

Art. 26 A prestação de contas dos recursos repassados Fundo a Fundo será realizada ao final da vigência dos respectivos termos observado o disposto no Decreto Estadual nº 45.468, de 13 de setembro de 2010.

§1º O Relatório de Acompanhamento de metas qualitativas e quantitativas deverá ser enviado, por meio de Sistema Eletrônico GEICOM, disponibilizado pela SES/MG, conforme Resolução SES nº 2.568/2010.

§2º O Comitê Gestor Regional das Urgências emitirá parecer acerca do Relatório do Cumprimento de Metas que será submetido à aprovação da CIB Macrorregional.

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

Art. 27 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 7 de dezembro de 2010.

Antônio Jorge de Souza Marques

Secretário de Estado de Saúde e

Gestor do SUS/MG.

ANEXO I DA RESOLUÇÃO SES Nº 2.607, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2010.

D) Hospital de Urgência Nível IV - Hospitais situados em áreas de vazios assistenciais que estejam acima de 60 minutos de uma referência hospitalar microrregional.

I. 1- Plantão presencial 24 horas: médico, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.

I. 2-Recursos tecnológicos presentes no hospital (24 horas): análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia, radiologia convencional e sala de urgência equipada com carrinho de emergência.

II) Hospital Geral de Urgência Nível III - Hospital Microrregional de referência populacional acima de 100.000 habitantes.

II. 1-Plantão presencial 24 horas: Médicos clínicos, pediatra, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.

II. 1.1-Plantão médico alcançável das especialidades: gineco-obstetra, cirurgião geral, traumatologista e anestesista.

II. 2- Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, sala cirúrgica disponível para o Pronto-Socorro.

III) Hospital Geral de Urgência Nível II - Hospital Microrregional de referência populacional acima de 200.000 habitantes.

III. 1-Plantão presencial 24 horas: Médicos clínicos, pediatra, cirurgião geral, traumatologista, gineco-obstetra, anestesista, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.

III. 1.1-Plantão médico alcançável das especialidades: cirurgião vascular e neurologista.

III. 2- Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, endoscopia digestiva, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, tomografia computadorizada, sala cirúrgica disponível para o Pronto-Socorro e Terapia Intensiva Geral.

IV) Hospital de Referência ao Trauma Nível I- Hospital macrorregional de referência populacional acima de 1.000.000 habitantes em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana.

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

IV. 1.1-Plantão médico alcançável das especialidades: cirurgiões plásticos, cirurgião vascular, buco-maxilo facial e outras especialidades de acordo com as necessidades locais e avaliação do comitê gestor de urgência e emergência da macrorregião, tais como: cirurgia pediátrica, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, etc.

IV. 2-Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, endoscopia digestiva, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, tomografia computadorizada, sala cirúrgica de grande porte disponível para o Pronto-Socorro nas 24 horas, Terapia Intensiva Especializada, angiografia intervencionista e acesso a heliponto.

V) Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares Nível I- Hospital macrorregional de referência populacional acima de 600.000 habitantes em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana.

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

V.1.1-Plantão médico alcançável das especialidades: médico hemodinamicista, anestesista e cirurgião cardiovascular.

V.2-Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, endoscopia digestiva, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, tomografia computadorizada, sala cirúrgica de grande porte disponível para o Pronto-Socorro nas 24 horas, Terapia Intensiva Geral e Unidade Coronariana, ecocardiografia e hemodinâmica.

VI – Hospital de Referência ao Acidente Vascular Cerebral Nível I- Hospital macrorregional de referência populacional acima de 600.000 habitantes em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana.

VI. 1-Plantão presencial 24 horas: médico clínico, neurologista, neurocirurgião, anestesista, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.

VI. 1.1-Plantão médico alcançável das especialidades: médico hemodinamicista, radiologista intervencionista.

VI. 2-Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, endoscopia digestiva, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, tomografia computadorizada, sala cirúrgica de grande porte disponível para o Pronto-Socorro nas 24 horas, Terapia Intensiva Geral e especializada, ecocardiografia, hemodinâmica, tratamento endovascular, unidade de AVC, ressonância nuclear magnética e capacidade de orientação de outros centros por telemedicina.

VII- Hospital de Urgência Polivalente - Hospital macrorregional de referência populacional acima de 1.000.000 habitantes em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana.

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

VII. 1.1-Plantão médico alcançável das especialidades: médico hemodinamicista, radiologia intervencionista, cirurgião cardiovascular, cirurgião plástica, cirurgião vascular, buco-maxilo facial e outras especialidades de acordo com as necessidades locais e avaliação do comitê gestor de urgência e emergência da macrorregião, tais como: cirurgia pediátrica, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, etc.

VII. 2-Recursos tecnológicos presentes no hospital: análises clínicas laboratoriais, endoscopia digestiva, eletrocardiografia, radiologia convencional, agência transfusional, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia, tomografia computadorizada, sala cirúrgica de grande porte disponível para o Pronto-Socorro nas 24 horas, Terapia Intensiva Geral e Especializada, Unidade Coronariana, ecocardiografia, hemodinâmica, tratamento endovascular, unidade de AVC, ressonância nuclear magnética, angiografia intervencionista, acesso a heliponto e capacidade de orientação de outros centros por telemedicina.

ANEXO II DA RESOLUÇÃO SES Nº 2.607, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2010.

O complexo regulador da assistência é uma estrutura de representação da governança (CIB Macro e seu comitê gestor de 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
- 3) 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 Nº 2.607, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2010.

I - Macrorregional Nordeste: YLL 136

II - Macrorregional Jequitinhonha: YLL 111

III - Macrorregional Centro Sul: YLL 92

IV- Macrorregional Leste: YLL 91

V- Macrorregional Centro: YLL 87

VI- Macrorregional Sudeste: YLL 87

VII- Macrorregional Triangulo Sul: YLL 87

VIII- Macrorregional Noroeste: YLL 84

IX- Macrorregional Leste do Sul: YLL 83

X- Macrorregional Oeste: YLL 82

XI- Macrorregional Sul: YLL 79

XII- Macrorregional Triangulo do Norte: YLL 79

ANEXO IV DA RESOLUÇÃO SES Nº 2.607, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2010.

Da constituição do Comitê Gestor Regional de Urgências e Emergências

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

- 1 - O Coordenador Estadual do Sistema de Atenção Integral às Urgências;
- 2 - Gerentes Regionais de Saúde de cada Microrregião de Saúde
- 3 - Coordenador da NAS de cada GRS
- 4 - Coordenador da Atenção Primária de cada GRS
- 5 - Coordenador da Central de Regulação Assistencial da Macrorregião
- 6 - Os Coordenadores Municipais do Sistema de Atenção Integral às Urgências;
- 7 - O Coordenador Médico da Central de Regulação de Urgência (SAMU);
- 8 - Diretores Gerais dos Hospitais de referência da Rede de U&E da Macrorregião;
- 9 - Representante da Defesa Civil;
- 10-Diretores Gerais dos Pronto Atendimentos da Macrorregião;
- 11-Representante da Vigilância em Saúde do Estado de Minas Gerais;
- 12-Representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de cada Regional;
- 13-Representante do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais;
- 14-Representante do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Minas Gerais;
- 15-Representante da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais;
- 16-Representante da Polícia Rodoviária Federal;
- 17-Representante do DETRAN do Estado de Minas Gerais;
- 18-Representante do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais;
- 19-Representante da Polícia Militar Rodoviária Estadual;
- 20-Representante da Infraero;
- 21-Representante das universidades;
- 22-Representantes dos Conselhos Municipais de Saúde dos pólos microrregionais de Saúde;
- 23-Representante de cada Câmara Temática;

- 24-Representante dos órgãos de trânsito municipais da região
- 25-Representante do Consórcio Público que administra o SAMU Regional
- 26-Representante do NEP da Rede de Urgência da Macrorregião