

Anual (POA) assinado para a Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/DAE/SAS/MS, para que seja feito o cálculo do Incentivo Financeiro 100% SUS a partir do valor da média complexidade contratualizada, sob pena de suspensão do incentivo.

Art. 3º A unidade hospitalar que se enquadrar nos requisitos do art. 1º desta Portaria poderá solicitar ao gestor local, a qualquer tempo, o encaminhamento da solicitação ao Ministério da Saúde para adesão ao Incentivo Financeiro 100% SUS.

Parágrafo único. A proposta de adesão encaminhada após o prazo de 12 (doze) meses da publicação desta Portaria deverá estar instruída com cópia do Contrato e do Plano Operativo Anual (POA).

Art. 4º A solicitação para a adesão da unidade hospitalar ao Incentivo Financeiro 100% SUS será encaminhada pelo gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar do Departamento e Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde (CGHOSP/DAE/SAS/MS), acompanhada dos seguintes documentos:

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

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

a) ausência de remuneração, por qualquer forma, seus dirigentes pelos serviços prestados;

b) aplicação integral dos recursos, decorrentes ou não de superávit de contas, na manutenção e desenvolvimento dos objetivos sociais; e

c) previsão, em caso de dissolução ou extinção, da destinação do eventual patrimônio remanescente a entidade sem fins lucrativos congêneres ou a entidades públicas;

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

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

Parágrafo único. Se a solicitação de adesão for formulada após o prazo de 12 (doze) meses da data de publicação desta Portaria, o gestor de saúde deverá encaminhar também a cópia do Contrato e do Plano Operativo Anual (POA).

Art. 5º Após a aprovação da solicitação de adesão do Incentivo Financeiro 100% SUS, a SAS/MS publicará Portaria de adesão da unidade hospitalar, estabelecendo o valor dos recursos financeiros que serão incorporados aos Tetos de Média e Alta Complexidade dos Municípios, Estados e do Distrito Federal, com efeitos financeiros a partir do mês de competência do protocolo de solicitação no Ministério da Saúde.

§ 1º O repasse dos recursos ao prestador deverá ser feito a partir da competência da publicação da portaria de adesão, com a garantia do repasse dos recursos com efeitos retroativos, a contar do mês de competência do protocolo de solicitação da adesão.

§ 2º O não cumprimento do disposto no § 2º poderá resultar em desconto pelo Ministério da Saúde dos valores não repassados aos prestadores, a ser subtraído do Teto MAC do respectivo ente federado.

Art. 6º As unidades hospitalares que aderirem ao Incentivo Financeiro 100% SUS deverão manter os requisitos de adesão durante todo o período de recebimento do incentivo, além de demonstrar o cumprimento dos seguintes critérios de qualidade, em até 6 (seis) meses a contar do início do repasse dos recursos financeiros pelo Ministério da Saúde:

I - adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;

II - implantação de Acolhimento com Classificação de Risco, quando contar com Porta de Entrada Hospitalar de Urgência e Emergência;

III - implantação de padrão de boas práticas de segurança e qualidade no atendimento ambulatorial e hospitalar;

IV - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal (diarista), utilizando prontuário único compartilhado por toda a equipe;

V - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado e eficiência de leitos, a reorganização dos fluxos e processos de trabalho e a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

VI - desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

VII - monitoramento mensal das Taxas de Ocupação e Média de Permanência nas enfermarias de clínica médica, leitos de longa permanência e Unidades de Terapia Intensiva, quando couber; e

VIII - 100% (cem por cento) dos serviços regulados pelo gestor de saúde local, por meio das Centrais de Regulação ou mecanismos locais de regulação.

Parágrafo único. O não cumprimento de qualquer dos critérios estabelecidos neste artigo no prazo estabelecido no "caput" implicará a suspensão do repasse do Incentivo Financeiro 100% SUS estabelecido nesta Portaria.

Art. 7º O monitoramento e avaliação dos requisitos e critérios estabelecidos nesta Portaria serão realizados por meio de:

I - consulta semestral ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para avaliação da destinação dos leitos e dos demais serviços ofertados, além de acompanhamento da produção ambulatorial e hospitalar ao SUS;

II - declaração semestral do gestor de saúde municipal, estadual ou do Distrito Federal de que a entidade presta efetivamente 100% (cem por cento) dos seus serviços ambulatoriais e hospitalares exclusivamente ao SUS;

III - articulação do monitoramento com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de suas bases de dados;

IV - relatório da Comissão de Acompanhamento de Contratos atestando o cumprimento dos requisitos dispostos no art. 6º desta Portaria;

VI - visitas "in loco" pelos gestores de saúde locais ou pelo Ministério da Saúde, quando necessário; e

VII - atuação, quando couber, do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA).

Parágrafo único. Nos casos excepcionais, enquadrados no parágrafo único do art. 1º, a declaração semestral do gestor de saúde, prevista no inciso II deste artigo, observará essa excepcionalidade.

Art. 8º Em caso de suspensão ou interrupção do repasse dos recursos do Incentivo Financeiro 100% SUS por parte do gestor local para as unidades hospitalares beneficiadas por esta Portaria, o Ministério da Saúde suspenderá a transferência desses valores ao Teto MAC dos Estados, Municípios e Distrito Federal.

Art. 9º O Fundo Nacional de Saúde (FNS) adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, dos recursos aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal.

Art. 10. Os recursos financeiros correspondentes à concessão do Incentivo 100% SUS são oriundos das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade, dos Estados, Municípios e Distrito Federal.

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 12. Fica revogada a Portaria nº 3.024/GM/MS, de 21 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 245, de 22 de dezembro de 2012, seção 1, página 71/72.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012

Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do art. 87 da Constituição, e Considerando o art. 200 da Constituição Federal;

Considerando o art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando a divisão de responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.693/GM/MS, de 12 de julho de 2007, que implementa o Método Canguru;

Considerando a Resolução - RDC ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que institui a Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS; e

Considerando a necessidade de ampliar o acesso e qualificar a atenção dos Cuidados Neonatal aos usuários do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º Esta Portaria define as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidades Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Para os fins desta Portaria, considera-se recém-nascido a criança com idade entre 0 (zero) a 28 (vinte e oito) dias de vida.

CAPÍTULO I DAS DIRETRIZES E OBJETIVOS DA ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO GRAVE OU POTENCIALMENTE GRAVE

Art. 3º São diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave:

I - o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos;

II - promoção da equidade;

III - integralidade da assistência;

IV - atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário;

V - atenção humanizada; e

VI - estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido.

Art. 4º São objetivos da atenção integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave:

I - organizar a Atenção à Saúde Neonatal para que garanta acesso, acolhimento e resolutividade;

II - priorizar ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal e que possibilitem o desenvolvimento saudável do recém-nascido e sua integração na família e sociedade;

III - garantir acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal, por meio da melhoria da organização do acesso aos serviços e ampliação da oferta de leitos em unidades neonatal;

IV - induzir a formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao recém-nascido, que deverá ultrapassar exclusivamente a preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS; e

V - induzir a implantação de mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves no SUS.

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO DOS LEITOS DE UNIDADES NEONATAL

Art. 5º A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos.

§ 1º As Unidades Neonatal devem articular uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido.

§ 2º Os recém-nascidos que necessitem dos cuidados específicos de Unidade Neonatal e que se encontrem em locais que não disponham destas unidades devem receber os cuidados necessários até sua transferência para uma Unidade Neonatal, que deverá ser feita após estabilização do recém-nascido e com transporte sanitário adequado, realizado por profissional habilitado.

Art. 6º As Unidades Neonatal são divididas de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos:

I - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);

II - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias:

a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e

b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Art. 7º O número de leitos de Unidades Neonatal atenderá ao seguinte parâmetro de necessidade populacional: para cada 1000 (mil) nascidos vivos poderão ser contratados 2 (dois) leitos de UTIN, 2 (dois) leitos de UCINCo e 1 (um) leito de UCINCa.

§ 1º A UCINCa somente funcionará em unidade hospitalar que conte com UCINCo, de forma anexa ou como subconjunto de leitos de uma UCINCo.

§ 2º O conjunto de leitos de Cuidados Intermediários (UCINCo e UCINCa) será composto de 2/3 de leitos de UCINCo e 1/3 de UCINCa.

Art. 8º Para novos estabelecimentos de saúde que disponham de maternidade e que possuam também UTIN ou UCIN é obrigatória a previsão, no projeto arquitetônico de sua área física, de alojamento para as mães cujos recém-nascidos estiverem internados em UTIN ou UCIN, de forma a garantir condições para o cumprimento do direito do recém-nascido a acompanhante em tempo integral.

Art. 9º Serão habilitadas pelo Ministério da Saúde as novas Unidades Neonatal, bem como as já existentes que se adequem aos requisitos desta Portaria.

Seção I
Serviço de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

Art. 10. UTIN são serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte, assim considerados:

I recém-nascidos de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO2 maior que 30% (trinta por cento);

II recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas;

III recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte;

IV - recém-nascidos que necessitem de nutrição parenteral; e

V - recém-nascidos críticos que necessitem de cuidados especializados, tais como: uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, uso de ventilação mecânica ou FiO2 maior que 30% (trinta por cento), transfusão de hemoderivados.

Art. 11. As UTIN deverão cumprir os seguintes requisitos de Humanização:

I - controle de ruído;

II - controle de iluminação;

III - climatização;

IV - iluminação natural, para as novas unidades;

V - garantia de livre acesso a mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai;

VI - garantia de visitas programadas dos familiares; e

VII - garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia.

Art. 12. Para fins de habilitação como UTIN, o serviço hospitalar deverá dispor de equipe multidisciplinar especializada, equipamentos específicos próprios e tecnologia adequada ao diagnóstico e terapêutica dos recém-nascidos grave ou com risco de morte.

Parágrafo único. A UTIN poderá ser dos tipos II e III.

Subseção I
Da UTIN Tipo II

Art. 13. Para habilitação como a UTIN tipo II, o serviço hospitalar deverá contar com a seguinte estrutura mínima:

I - funcionar em estabelecimento hospitalar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e que possuam no mínimo 80 (oitenta) leitos gerais, dos quais 20 leitos obstétricos, com a seguinte estrutura mínima: