

## **PORTARIA Nº 2.809, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2012**

Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios do SUS, dentre eles o da universalidade do acesso, da integralidade da atenção e da descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a Lei nº 10.741, de 1º de dezembro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos;

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

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências (RUE) no SUS;

Considerando a Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da RUE no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centros de Atendimento de Urgência aos Usuários com Acidente Vascular Cerebral (AVC) no âmbito do SUS, institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC;

Considerando a Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de desenvolver uma estratégia multidisciplinar de assistência integral, humanizada e individualizada, articulada com os demais pontos de atenção da RAS para o usuário com necessidade de cuidados hospitalares prolongados; e

Considerando que a continuidade dos cuidados deve estar inserida no processo assistencial em conformidade com os princípios da integralidade, equidade e universalidade da assistência à saúde no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º Esta Portaria estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Os Cuidados Prolongados poderão se organizar nas seguintes formas:

I – Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); ou

II – Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP).

## CAPÍTULO I

### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE CUIDADOS PROLONGADOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Art. 3º As UCP e HCP se constituem em uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio.

Art. 4º Os Cuidados Prolongados destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

Art. 5º Os Cuidados Prolongados têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

Parágrafo único. São considerados usuários em situação de perda de autonomia aqueles com limitações físicas, funcionais, neurológicas e/ou motoras, restritos ao leito, ou em qualquer condição clínica que indique a necessidade de cuidados prolongados em unidade hospitalar.

Art. 6º São diretrizes dos Cuidados Prolongados:

I – prestação individualizada e humanizada do cuidado ao usuário hospitalizado que necessite de cuidados em reabilitação intensivos, semi-intensivos ou não intensivos para o reestabelecimento das funções e atividades, bem como para a recuperação de sequelas;

II – equidade no acesso e atenção prestada em tempo oportuno;

III – garantia de cuidado por equipe multidisciplinar;

IV – incentivo à autonomia e autocuidado do usuário;

V – articulação entre as equipes multidisciplinares das UCP com as equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar, centros de referência em reabilitação, bem como com outras equipes que atuem nos demais pontos de atenção do território, permitindo a efetivação da integralidade da assistência e a continuidade do cuidado;

VI – garantia da alta hospitalar responsável e em tempo oportuno, nos termos do Capítulo III desta Portaria;

VII – eficiência e qualidade na prestação dos cuidados;

VIII – corresponsabilização da família no cuidado;

IX – intersectorialidade; e

X – acessibilidade.

Art. 7º Os Cuidados Prolongados têm como finalidade:

I – desenvolver um sistema diferenciado de cuidados por meio da introdução de intervenções inovadoras e adaptadas às novas necessidades sócio-demográficas e epidemiológicas da população;

II – garantir o acolhimento, acessibilidade e humanização do cuidado ao usuário;

III – reabilitar o usuário, de forma parcial ou total, e possibilitar a continuidade do cuidado com intervenções terapêuticas que permitam o reestabelecimento de suas funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional, bem como a recuperação de suas sequelas;

IV – 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;

V – incentivar e apoiar a adaptação dos usuários à incapacidade e aprendizagem do autocuidado;

VI – acompanhar o usuário em situação de dependência por meio de Plano Terapêutico, especialmente, quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, devendo ser o resultado da discussão de caso em equipe, com vistas ao seu retorno ao domicílio;

VII – 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;

VIII – apoiar a manutenção da capacidade funcional do usuário, garantindo os cuidados terapêuticos e o apoio psicossocial necessários, com o intuito de promover a independência funcional e a autonomia;

IX – 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;

X – buscar a integralidade da assistência atuando de forma articulada às demais equipes de atenção à saúde atuantes no território;

XI – diminuir a ocupação inadequada de leitos de urgência e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI);

XII – reduzir as internações recorrentes ocasionadas por agravamento de quadro clínico dos usuários em regime de atenção domiciliar; e

XIII – aumentar a rotatividade dos leitos de retaguarda clínica para quadros agudos e crônicos reagudizados.

## CAPÍTULO II

### DA ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PROLONGADOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Art. 8º Os Cuidados Prolongados poderão se organizar nas seguintes formas:

I – Unidades de Internação em Cuidados Prolongados como Serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); e

II – Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP).

§ 1º As UCP devem possuir entre quinze e vinte e cinco leitos para tratamento prolongado.

§ 2º O HCP constitui-se em um estabelecimento cuja capacidade instalada total seja direcionada para essa finalidade, com, no mínimo, quarenta leitos.

Art. 9º As UCP e o HCP terão acessibilidade e contarão com Sala Multiuso de Reabilitação, espaço destinado ao atendimento do usuário em cuidados prolongados, com vistas à reabilitação precoce e à aceleração do processo de desospitalização pela Equipe Multiprofissional.

§ 1º As UCP deverão contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo I e os HCP deverão contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo II, de acordo com estabelecido no Anexo I desta Portaria.

§ 2º Para os fins desta Portaria, acessibilidade é entendida como a presença de condições necessárias para que o usuário realize qualquer movimentação ou deslocamento dentro de suas capacidades individuais, por seus próprios meios ou com o auxílio de um profissional, familiar ou cuidador, em condições seguras, mesmo que para isso necessite de aparelhos ou equipamentos específicos.

#### Seção I

##### Da Equipe Multidisciplinar

Art. 10. As UCP deverão contar com uma equipe multiprofissional para cada módulo com quinze a vinte e cinco leitos, com as seguintes composição e carga horária mínimas de trabalho dos respectivos profissionais:

I – médico: vinte horas semanais, distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira;

II – enfermeiro: sessenta horas semanais;

III – técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;

IV – assistente social: vinte horas semanais;

V – fisioterapeuta: sessenta horas semanais;

VI – psicólogo: vinte horas semanais; e

VII – fonoaudiólogo: trinta horas semanais.

Parágrafo único. Os usuários das UCP de que trata este artigo deverão contar com acesso a outras especialidades médicas, quando necessário.

Art. 11. Os HCP deverão possuir toda a estrutura necessária para o funcionamento de um estabelecimento hospitalar, segundo legislação vigente, e para cada módulo com quarenta leitos, uma equipe multiprofissional com as seguintes composição e carga horária mínimas de trabalho dos respectivos profissionais:

I – médico plantonista disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;

II – médico: vinte horas semanais, distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira;

III – enfermeiro: oitenta horas semanais;

IV – enfermeiro plantonista noturno disponível nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana;

V – técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;

VI – assistente social: quarenta horas semanais;

VII – fisioterapeuta: cento e vinte horas semanais;

VIII – psicólogo: quarenta horas semanais;

IX – fonoaudiólogo: sessenta horas semanais; e

X – terapeuta ocupacional: trinta horas semanais.

Parágrafo único. Os usuários dos HCP de que trata este artigo deverão contar com acesso a outras especialidades médicas, quando necessário.

Art. 12. As equipes multiprofissionais deverão desenvolver um trabalho articulado, com troca de informações e ações conjuntas que resultem no atendimento humanizado e resolutivo, de acordo com as condições do usuário hospitalizado.

§ 1º As equipes multiprofissionais serão organizadas de forma horizontalizada e funcionarão nos sete dias da semana, com retaguarda de plantonista médico e enfermeiro no estabelecimento hospitalar durante a noite e nos finais de semana.

§ 2º Entende-se por horizontalizada a forma de organização do trabalho em saúde na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão.

Art. 13. São atribuições da equipe multidisciplinar:

I – avaliação global do usuário no momento da internação ou reinternação em conjunto, quando couber, com as equipes:

- a) da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência;
- b) do Leito de Retaguarda;
- c) da Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e/ou
- e) do Serviço de Atenção Domiciliar;

II – utilização de protocolos de acesso regulado, em conformidade com a Política Nacional de Regulação do SUS;

III – elaboração de Plano Terapêutico, quando couber, permitindo-se tratamento e controle de sintomas e/ou sequelas do processo agudo ou crônico, visando à reabilitação funcional parcial ou total;

IV – utilização de prontuário clínico unificado;

V – identificação precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos usuários;

VI – articulação conjunta com as equipes de Atenção Básica, inclusive as da Atenção Domiciliar, para o planejamento da alta hospitalar em tempo oportuno;

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

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

IX – articulação com demais serviços da rede social de apoio, com proposta de alianças intersetoriais para potencialização do cuidado; e

X – participação nos processos formativos da Educação Permanente em Saúde.

§ 1º A Educação Permanente em Saúde da equipe multidisciplinar tem os seguintes objetivos:

I – assegurar que todos os profissionais envolvidos com o cuidado dos usuários hospitalizados nas UCP e HCP e que prestam cuidado direto às pessoas em situação de dependência disponham das competências necessárias ao adequado exercício de suas funções;

II – contribuir para a formação, capacitação e atualização dos profissionais do SUS, especialmente dos profissionais que:

- a) estejam vinculados a Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- b) estejam vinculados à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- c) atuem nas demais unidades de internação do hospital onde estará vinculada a UCP; e

d) atuem na área de Atenção Básica, inclusive atenção domiciliar, na prestação de assistência aos usuários com necessidade de cuidados prolongados;

III – integrar a produção de conhecimento científico com vistas à qualificação da equipe multidisciplinar, com temas essenciais para a garantia da qualidade da prestação dos serviços;

IV – desenvolver a prática do ato de cuidar, que envolve sentimentos, atitudes e ações, devido ao grande impacto emocional no usuário e sua família.

§ 2º Os gestores de saúde e os prestadores de serviços hospitalares são responsáveis pela incorporação de estratégias de educação permanente em saúde para os seus profissionais das UCP e HCP por meio de cursos, oficinas pedagógicas, supervisão e treinamento, com temas relevantes para equipe multidisciplinar.

## Seção II

### Da Regulação do Acesso

Art. 14. Para internação em UCP e HCP, o usuário poderá ser procedente de:

I – unidades de saúde hospitalares e ambulatoriais diversas;

II – unidades ambulatoriais de reabilitação; e

III – atenção básica, incluindo-se a atenção domiciliar, desde que preencha os critérios de elegibilidade para essa tipologia de cuidado estabelecidos por meio de protocolos de acesso regulado.

Art. 15. A internação do usuário em UCP e HCP seguirá as definições estabelecidas pelo gestor local de saúde, observado o seguinte fluxo:

I – a internação será solicitada por uma das unidades de origem descritas no artigo anterior à Central de Regulação, ficando a unidade de origem responsável pelo usuário até o desfecho da solicitação, mesmo em caso de regime de atenção domiciliar;

II – a Central de Regulação fará a busca da vaga, considerando-se as informações clínicas e de vulnerabilidades do usuário;

III – obtida a vaga, a Central de Regulação comunicará à unidade de origem a UCP ou HCP para o qual o usuário deverá ser encaminhado; e

IV – a Central de Regulação e a unidade de origem indicarão o meio de transporte mais adequado para a transferência do usuário.

## Seção III

### Da Elegibilidade do Usuário aos Cuidados Prolongados na Rede de Atenção à Saúde

Art. 16. Poderá ser admitido em UCP e HCP o usuário em situação clínica estável cujo quadro clínico apresente uma das seguintes características:

I – recuperação de um processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico;

II – necessidade de cuidados prolongados para reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico; ou

III – dependência funcional permanente ou provisória física, motora ou neurológica parcial ou total.

§ 1º Além de apresentar pelo menos uma das características descritas no "caput", o usuário elegível para ser admitido em UCP e HCP deverá se enquadrar em pelo menos uma das seguintes situações clínicas:

I – usuários em suporte respiratório, como ventilação mecânica não invasiva, oxigenoterapia ou higiene brônquica;

II – usuários submetidos a antibioticoterapia venosa prolongada, terapia com antifúngicos, dietoterapia enteral ou nasogástrica, portadores de outras sondas e drenos;

III – usuários submetidos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que se encontrem em recuperação e necessitem de acompanhamento multidisciplinar, cuidados assistenciais e reabilitação físico- funcional;

IV – usuários em reabilitação motora por Acidente Vascular Cerebral (AVC), neuropatias, Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Hematoma Sub-Aracnóide Traumático (HSAT), Hematoma Sub-aracnóide Espontâneo (HSAE) e Traumatismo Raquimedular (TRM);

V – usuários traqueostomizados em fase de decanulação;

VI – usuários que necessitem de curativos em úlceras por pressão grau III e IV;

VII – usuários sem outras intercorrências clínicas após procedimento de laparostomia;

VIII – usuários com incapacidade transitória de deambulação ou mobilidade;

IX – usuários com disfagia grave aguardando gastrostomia; ou

X – usuários, em fase terminal, desde que com agravamento do quadro, quando não necessitem de terapia intensiva.

§ 2º Quando houver retaguarda de atenção domiciliar no território, deverá ser realizada avaliação prévia e sistemática quanto à elegibilidade do usuário, garantindo-se a desospitalização em tempo oportuno.

Art. 17. São inelegíveis à internação em UCP e HCP os seguintes usuários:

I – com episódio de doença em fase aguda ou crítica, em quadro clinicamente instável;

II – cujo objetivo da internação seja apenas a avaliação diagnóstica; e

III – que necessitem de cuidados que possam ser prestados em domicílio e acompanhados pelas equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar.

### CAPÍTULO III

#### DA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL



Art. 18. A alta hospitalar responsável visa preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social.

Parágrafo único. A avaliação global do usuário para a alta hospitalar responsável será realizada pela equipe multidisciplinar horizontal com vistas a identificar as estratégias mais adequadas e os respectivos riscos potenciais, considerados os aspectos físicos, psicossociais e econômicos, além do ambiente familiar do usuário.

Art. 19. São objetivos da alta hospitalar responsável:

- I – promover a continuidade do cuidado em regime de atenção domiciliar e/ou ambulatorial;
- II – buscar a melhor alternativa assistencial para o usuário após a alta, garantindo-se a troca de informações, orientações e avaliação sistemática com o ponto de atenção que irá receber o usuário;
- III – dispor das orientações adequadas ao usuário, cuidador e família por meio de relatório sobre a sua condição clínica e psicossocial;
- IV – otimizar o tempo de permanência do usuário internado;
- V – prevenir o risco de readmissões hospitalares;
- VI – avaliar as necessidades singulares do usuário; e
- VII – prevenir o risco de infecção hospitalar.

#### CAPÍTULO IV

#### DOS PARÂMETROS PARA O CÁLCULO DE LEITOS

Art. 20. O cálculo para estabelecer a necessidade de leitos de Cuidados Prolongados será feito de forma regional, de acordo com os seguintes parâmetros:

- I – a necessidade de leitos hospitalares gerais é de 2,5 (dois inteiros e cinco décimos) leitos gerais para cada 1.000 (mil) habitantes; e
- II – 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, percentual que deverá ser distribuído da seguinte forma:
  - a) 60% (sessenta por cento) para internações em UCP e HCP; e
  - b) 40% (quarenta por cento) para cuidados em Atenção Domiciliar.

§ 1º Em caso de inexistência de Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP), a Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAE/SAS/MS) poderá considerar percentual diferenciado de déficit de leitos para internação em UCP ou HCP.

§ 2º Para os fins do disposto no parágrafo anterior, o Secretário de Atenção à Saúde editará, para cada caso analisado, ato específico que indique, para a respectiva entidade, qual o percentual diferenciado de déficit de leitos considerado para fins de internação em UCP ou HCP.

## CAPÍTULO V DO FINANCIAMENTO

### Seção I

#### Do Incentivo Financeiro de Investimento

Art. 21. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para ampliação e adequação tecnológica de UCP, no valor de até R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por leito.

Parágrafo único. O incentivo financeiro de que trata este artigo tem por objetivo viabilizar a qualificação da assistência, observados as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e os parâmetros definidos no Anexo II desta Portaria.

Art. 22. O incentivo financeiro de investimento será condicionado à aprovação, pela CGHOSP/DAE/SAS/MS, de projeto de implantação de UCP, com os seguintes requisitos:

- I – caracterização da situação de saúde regional, epidemiológica e demográfica;
- II – especificação do número de UCP e HCP e respectivas equipes multidisciplinares que se pretende implantar ou ampliar e o respectivo impacto financeiro, considerando-se as contrapartidas financeiras estaduais, distrital e/ou municipais, quando existirem;
- III – descrição da infraestrutura, dos equipamentos e do mobiliário da UCP e HCP a ser implantado;
- IV – organização do processo de trabalho das equipes;
- V – definição de grades de referência entre os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;
- VI – proposição de Plano de Educação Permanente em Saúde para as equipes multidisciplinares da UCP ou HCP a ser implantado, incluindo proposta de orientação para cuidadores e familiares;
- VII – descrição de proposta de monitoramento e avaliação para a UCP ou HCP a ser implantado; e
- VIII – descrição arquitetônica e funcional da sala multiuso de reabilitação, de acordo com a organização dos Cuidados Prolongados.

Art. 23. O incentivo de investimento de que trata o art. 21 será repassado em parcela única ao fundo de saúde do ente federativo beneficiário.

Art. 24. A transformação de uma unidade de saúde já existente em HCP, mediante ampliação da estrutura física, poderá ser financiada via convênio firmado com o Ministério da Saúde, observadas as Normas de Cooperação Técnicas e Financeiras do Fundo Nacional de Saúde e desde que previsto no Plano de Ação Regional da RUE.

Parágrafo único. Os recursos financeiros para ampliação de um estabelecimento hospitalar já existente em HCP deverá ser destinado a mudanças na ambiência e adequação tecnológica com vistas a viabilizar a qualificação da assistência, observados as normas da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) e os critérios estabelecidos nesta Portaria.

### Seção II

## Dos Incentivos Financeiros de Custeio

Art. 25. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para reforma destinado às UCP.

Art. 26. O incentivo de custeio para reforma será destinado a unidades de saúde já existentes para qualificação como UCP, no valor de até R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por leito.

Parágrafo único. O incentivo financeiro de que trata este artigo tem por objetivo viabilizar a qualificação da assistência, observados as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e os parâmetros definidos no Anexo II desta Portaria.

Art. 27. O incentivo financeiro de custeio para reforma será condicionado à aprovação, pela CGHOSP/DAE/SAS/MS, de projeto de implantação de UCP, com os seguintes requisitos:

- I – caracterização da situação de saúde regional, epidemiológica e demográfica;
- II – especificação do número de UCP e equipes multidisciplinares que se pretende implantar ou ampliar e o respectivo impacto financeiro, considerando-se as contrapartidas financeiras estaduais, distrital e/ou municipais, quando existirem;
- III – descrição da infraestrutura da UCP a ser implantada;
- IV – organização do processo de trabalho das equipes;
- V – definição de grades de referência entre os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;
- VI – proposição de Plano de Educação Permanente em Saúde para as equipes multidisciplinares da UCP a ser implantada, incluindo proposta de orientação para cuidadores e familiares;
- VII – descrição de proposta de monitoramento e avaliação para a UCP a ser implantada; e
- VIII – descrição arquitetônica e funcional da sala multiuso de reabilitação, de acordo com a organização dos Serviços em Cuidados Prolongados.

Art. 28. O incentivo financeiro de custeio de que trata o art. 25 será repassado em parcela única ao fundo de saúde do ente federativo beneficiário.

Art. 29. A cumulação dos incentivos financeiros de investimento e de custeio para reforma não poderá ultrapassar o montante total de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por leito.

Art. 30. Fica instituído incentivo financeiro de custeio mensal destinado às UCP e/ou HCP habilitados, com redução progressiva do valor das diárias, conforme estabelecido abaixo:

- I – diária de R\$ 300,00 (trezentos reais) por leito de UCP e HCP, até o 60º dia de internação;
- II – diária de R\$ 200,00 (duzentos reais) por leito de UCP e HCP, a partir do 61º dia de internação; e
- III – valor atual da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a partir do 91º dia de internação.

Art. 31. Para habilitação de UCP, o estabelecimento hospitalar deverá:

- I – possuir, no mínimo, cinquenta leitos cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), com a seguinte estrutura mínima própria ou referenciada: a)

serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, contando com laboratório de análises clínicas e serviço de radiologia com funcionamento ininterrupto, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;

b) assistência nutricional;

c) assistência farmacêutica;

d) assistência odontológica; e

e) terapia ocupacional; e

II – garantir acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro, com acesso formalizado, a todos os serviços necessários à complexidade do quadro clínico dos usuários.

Art. 32. Para habilitação de HCP, o estabelecimento hospitalar deverá:

I – estar cadastrado no SCNES;

II – possuir, no mínimo, quarenta leitos com a seguinte estrutura mínima própria ou referenciada:

a) serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, contando com laboratório de análises clínicas e serviço de radiologia com funcionamento ininterrupto, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;

b) assistência nutricional;

c) assistência farmacêutica; e

d) assistência odontológica;

III – garantir o acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro, com acesso formalizado, a todos os serviços necessários à complexidade do quadro clínico dos usuários; e

IV – possuir ambiência e estrutura física que atendam as normas estabelecidas pela ANVISA e as especificações descritas no Anexo II desta Portaria.

Art. 33. Para solicitação de habilitação de UCP e HCP, o gestor de saúde interessado deverá encaminhar à CGHOSP/DAE/SAS/MS os seguintes documentos:

I – ofício de solicitação de habilitação da UCP ou HCP, com aprovação do Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

II – atualização do cadastro no SCNES com a criação ou ampliação de equipes multidisciplinares específicas para a UCP ou HCP a ser habilitado; e

III – projeto de implantação da UCP ou HCP, conforme requisitos contidos no art. 22.

Art. 34. Após análise e aprovação do projeto pela CGHOSP/DAE/SAS/MS, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) publicará Portaria específica de habilitação da UCP ou HCP.

## CAPÍTULO VI DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 35. Após recebimento do incentivo financeiro de investimento de que trata o art. 21, o gestor de saúde deverá comprovar a conclusão do projeto de ampliação e/ou construção da estrutura física e adequação tecnológica no prazo de 180 (cento e oitenta) dias ao Ministério da Saúde, a contar da data da liberação dos recursos financeiros pelo Fundo Nacional de Saúde.

Art. 36. Após recebimento do incentivo financeiro de custeio para reforma de que trata o art. 25, o gestor de saúde deverá comprovar a conclusão do projeto de reforma no prazo de 180 (cento e oitenta) dias ao Ministério da Saúde, a contar da data da liberação dos recursos financeiros pelo Fundo Nacional de Saúde.

Art. 37. O monitoramento consiste na verificação do cumprimento, por UCP e HCP, dos seguintes requisitos:

I – elaboração e/ou adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;

II – manutenção de equipe multiprofissional e de suporte para especialidades, conforme descrito nesta Portaria;

III – organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal;

IV – implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho;

V – articulação com a Atenção Básica, inclusive Atenção Domiciliar, de sua Região de Saúde e/ou Município;

VI – realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;

VII – desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde para as equipes multidisciplinares, por iniciativa das instituições hospitalares em parceria com gestores de saúde locais;

VIII – disponibilização de ofertas de educação em saúde e autocuidado para os usuários, familiares e cuidadores;

IX – regulação integral dos leitos pelas Centrais de Regulação, de acordo com a Política Nacional de Regulação do SUS e mediante pactuação local;

X – taxa média de ocupação de no mínimo 85% (oitenta e cinco por cento); e

XI – desenvolvimento de ferramentas que auxiliem a clínica ampliada e a gestão da clínica, a exemplo do matriciamento, do Plano Terapêutico, do prontuário clínico unificado e dos protocolos clínicos.

§ 1º As UCP e HCP serão monitoradas pelos Grupos Condutores Estaduais da RUE, os quais ficarão responsáveis por:

I – avaliar o cumprimento dos requisitos previstos nesta Portaria e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde; e

II – enviar à CGHOSP/DAE/SAS/MS, no prazo de trinta dias contado da conclusão da avaliação, relatório circunstaciado do que foi constatado nos trabalhos de monitoramento.

§ 2º O monitoramento a que se refere o parágrafo anterior será realizado com periodicidade máxima de 1 (um) ano, a partir do início do repasse de recursos previsto nesta Portaria.

§ 3º Sem prejuízo do disposto no § 1º deste artigo, as UCP e os HCP serão monitorados, em caráter complementar, da seguinte forma:

I – visitas "in loco" pelas Secretarias de Saúde municipais, estaduais ou do Distrito Federal, bem como pelo Ministério da Saúde, quando necessárias;

II – atuação, quando couber, do Sistema Nacional de Auditoria (SNA); e

III – avaliação do impacto epidemiológico e resolutividade da estratégia por meio de indicadores quanti-qualitativos.

Art. 38. O repasse do incentivo financeiro de custeio será imediatamente interrompido quando:

I – não realizado o monitoramento no prazo definido no § 2º do art. 37;

II – não enviado à CGHOSP/DAE/SAS/MS o relatório de que trata o inciso II do § 1º do art. 37; ou

III – constatada, durante o monitoramento, a inobservância dos requisitos de habilitação previstos nesta Portaria.

Parágrafo único. Uma vez interrompido o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal, novo pedido somente será deferido após novo procedimento de habilitação de UCP ou HCP, em que fique demonstrado o cumprimento de todos os requisitos previstos nesta Portaria, caso em que o custeio voltará a ser pago, sem efeitos retroativos, a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde.

## CAPÍTULO VII

### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 39. Ficam incluídas no SCNES as seguintes habilitações:

I – Código 09.08 – Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP); e

II – Código 09.09 – Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP).

Art. 40. Os leitos de longa permanência estabelecidos na Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, passam a ser denominados leitos de cuidados prolongados, pertencentes ao Componente Hospitalar da RUE.

Parágrafo único. Os leitos de que trata este artigo serão organizados em UCP ou HCP, de acordo com o estabelecido nesta Portaria.

Art. 41. O Ministério da Saúde disponibilizará, no prazo de quarenta dias após a data de publicação desta Portaria, Manual com Diretrizes para Organização dos Cuidados Prolongados no âmbito do SUS, que servirá de apoio à implementação desses serviços.

Art. 42. Os estabelecimentos hospitalares que contiverem UCP e HCP serão habilitados em Serviços de Assistência em Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Enteral/Parenteral, quando prestarem tais serviços.

Art. 43. Os recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de que tratam esta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I – 10.302.2015.8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade;

II – 10.302.2015.8933 – Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar; e

III – 10.302.2015.8535 – Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde.

Art. 44. O parágrafo único do art. 1º; o inciso II do art 3º; e o "caput" e o § 1º do art. 11 da Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º .....

Parágrafo único. A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, dos leitos de Cuidados Prolongados e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com os critérios estabelecidos nesta Portaria." (NR)

"Art. 3º .....

II – garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de leitos de Cuidados Prolongados e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e" (NR)

"Art. 11. O Componente Hospitalar de Atenção às Urgências deverá garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, leitos de Cuidados Prolongados e leitos de terapia intensiva.

§ 1º O número de novos leitos de retaguarda de enfermarias clínicas e terapia intensiva (UTI) será calculado de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, conforme definido na Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002." (NR)

Art. 45. O art. 11 da Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º:

"Art. 11. ....

§ 3º O número de novos leitos de Cuidados Prolongados será calculado de acordo com parâmetros de necessidade definidos em ato específico." (NR)

Art. 46. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 47. Fica revogada a Seção II – Das Enfermarias de Retaguarda de Longa Permanência da Portaria nº 2.395/GM/MS, de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 197, Seção 1, do dia 13 seguinte, p. 79.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA