

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO**

CONSULTA PÚBLICA Nº 19, DE 1º DE NOVEMBRO DE 2012

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, torna pública, nos termos do artigo 34, inciso II, c/c 59 do Decreto nº 4.176, de 28 de março de 2002, minuta de Portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Hospitalar.

O texto em apreço encontra-se disponível, também, no endereço <http://www.saude.gov.br/consultapublica>. A relevância da matéria recomenda a sua ampla divulgação a fim de que todos possam contribuir para o seu aperfeiçoamento.

Eventuais sugestões poderão ser encaminhadas ao Ministério da Saúde no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da data de publicação desta Consulta Pública, exclusivamente para o endereço eletrônico cghosp@saude.gov.br, com especificação do número desta Consulta Pública e do nome "PNHOSP" no título da mensagem.

As contribuições deverão ser fundamentadas, inclusive com material científico que dê suporte às proposições. Deve ocorrer, quando possível, o envio da documentação de referência científica e, quando não for possível, o envio do endereço eletrônico da citada referência científica para verificação na internet.

O Departamento de Atenção Especializada (DAE/SAS/MS) coordenará a avaliação das proposições apresentadas e a elaboração da versão final consolidada da política Nacional de Atenção Hospitalar para fins de posterior aprovação e publicação, com vigência em todo o território nacional.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO

PORTARIA Nº XXXX, DE XX DE XXXXXXXX DE 2012

Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, estabelecendo as diretrizes e normas para a organização do modelo da Atenção Hospitalar no 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 nos artigos de 196 a 200 da Constituição de 1988, que estabelece as ações, serviços assistenciais e atribuições da saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem o Sistema Único de Saúde - SUS;

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

Considerando o disposto na Lei nº 8142 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 e dá outras providências;

Considerando o Decreto 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;

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 Sistema Único de Saúde;

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

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 no Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Portaria nº 1.970/GM/MS, de 16 de agosto de 2011, que dispõe sobre o processo de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na área da Saúde (CEBAS-SAÚDE);

Considerando a Portaria nº 2.029/GM/MS, de 24 de agosto de 2011, que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

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

Considerando a Portaria nº 841/GM/MS, de 2 de maio de 2012, que publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Política Nacional de Humanização - Humaniza- SUS;

Considerando a Portaria nº 1.097/GM/MS, de 22 de maio de 2006, que define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a necessidade de reorganizar e qualificar a atenção hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes e normas para a reorganização da Atenção e Gestão Hospitalar.

Parágrafo único. A PNHOSP tem como finalidade promover o desenvolvimento sistemático das estratégias de aprimoramento dos processos assistenciais e gerenciais na atenção hospitalar, mediante um planejamento cooperativo e solidário entre as esferas governamentais, visando à construção de soluções integradas.

CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS

Art. 2º A PNHOSP tem como objetivo geral estabelecer as diretrizes para a reorganização da Atenção Hospitalar no SUS visando fortalecer as práticas assistenciais e gerenciais estratégicas, uso racional de recursos, incorporação de tecnologias em saúde e qualificação dos processos de trabalho, proporcionando cuidado integral em saúde com resolutividade, atuação em rede, participação social e transparência.

Art. 3º São objetivos específicos da PNHOSP:

- I - Reformular o atual modelo de gestão e atenção hospitalar no SUS;
- II - Definir e classificar os estabelecimentos hospitalares;
- III - Estabelecer os mecanismos de articulação entre os hospitais e os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde - RAS;
- IV - Estabelecer as competências de cada esfera de gestão no processo de reorganização, execução e acompanhamento da PNHOSP no SUS.

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Seção I

Das Diretrizes

Art. 4º São diretrizes da PNHOSP:

- I - Garantia da universalidade, equidade e integralidade na atenção hospitalar no SUS;
- II - Regionalização da atenção hospitalar com abrangência territorial e populacional;
- III - Longitudinalidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção, promovendo ações coordenadas e contínuas;
- IV - Acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS;
- V - Modelo de atenção centrado no usuário;
- VI - Atenção multiprofissional e interdisciplinar;
- VII - Atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização;
- VIII - Garantia de acessibilidade;
- IX - Acolhimento com classificação de risco e atendimento a vulnerabilidades específicas;
- X - Integração dos processos de gestão, assistência, ensino e pesquisa;
- XI - Transparência e eficiência na aplicação de recursos;
- XII - Gestão participativa e democrática;
- XIII - Monitoramento e avaliação de desempenho das ações gerenciais e assistenciais;
- XIV - Participação e controle social no processo de planejamento e avaliação;
- XV - Participação do hospital no planejamento e efetivação de projetos estratégicos relacionados às situações coletivas de perigo iminente, desastres, calamidades públicas e catástrofes, assim como de projetos relevantes para implementação e consolidação das redes de atenção a saúde do SUS ;

XVI - Intersetorialidade.

Seção II

Das Definições e Classificações

Art. 5º Os hospitais são instituições complexas, com alta densidade tecnológica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, vinculados a uma população de referência com base territorial, responsáveis pela assistência aos usuários de perfil agudo ou crônico, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo assistência contínua em regime de internação, por meio de ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

§ 1º Os hospitais prestam atendimento ininterrupto, 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, por demanda referenciada e/ou espontânea.

§ 2º Os hospitais devem ter densidade tecnológica, estrutura física, processos organizativos e profissionais adequados ao seu perfil assistencial e contar com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos.

§ 3º Excepcionalmente, os hospitais especializados em pediatria e cuidados prolongados e as maternidades podem contar com um quantitativo mínimo de 40 (quarenta) leitos.

§ 4º Os Hospitais gerais ou especializados com, no mínimo, 50 leitos e os Hospitais especializados em pediatria, cuidados prolongados e maternidades com, no mínimo, 40 leitos, deverão abranger uma população de pelo menos 50.000 (cinquenta mil) habitantes.

Art. 6º Os hospitais são classificados de acordo com seu perfil assistencial em:

I - Hospital Geral: destinado à prestação de assistência à saúde na modalidade de internação nas quatro clínicas básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia e cirurgia geral), obrigatoriamente nas áreas de clínica médica e clínica cirúrgica, dispendo de Serviço de Atendimento Diagnóstico e Terapêutico (SADT), podendo contar com serviço de Urgência/Emergência, Unidade de Terapia Intensiva, hospital-dia, serviço ambulatorial e outros;

II - Hospital Especializado: destinado à prestação de assistência à saúde na modalidade de internação em uma ou mais especialidades, excetuando-se clínica médica e cirurgia geral, dispendo de Serviço de Atendimento Diagnóstico e Terapêutico (SADT), podendo contar com serviço de Urgência/Emergência, Unidade de Terapia Intensiva, hospital-dia, serviço ambulatorial e outros;

§ 1º Hospital-dia: estabelecimento autônomo ou um serviço inserido em um hospital geral ou especializado, com limite mínimo de 05 (cinco) leitos, destinado ao atendimento de curta duração, de caráter intermediário entre a atenção ambulatorial e a internação, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período inferior a 24 horas.

§ 2º O hospital especializado em psiquiatria pode ser acionado para o cuidado das pessoas com sofrimento mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo ser priorizada a expansão e qualificação dos demais pontos de atenção da RAPS para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Art. 7º Os hospitais no SUS são classificados de acordo com sua esfera administrativa em:

I - Hospital Público:

- Federal: hospital de propriedade federal, que pode ser administrado de forma direta ou por terceiros, sob gestão estadual ou municipal.

- Estadual: hospital de propriedade estadual, que pode ser administrado de forma direta ou por terceiros, sob gestão estadual ou municipal.

- Municipal: hospital de propriedade municipal, que pode ser administrado de forma direta ou por terceiros, sob gestão estadual ou municipal.

II - Hospital Privado:

a) sem fins lucrativos: hospital constituído como pessoa jurídica de direito privado, reconhecido como entidade beneficente, com a finalidade de prestação de serviços na área de saúde, sob gestão municipal ou estadual, podendo ser certificado como Entidade Beneficente de Assistência Social na Área da Saúde - CEBAS.

b) com fins lucrativos: hospital de direito privado, organizado como empresa privada com fins lucrativos, sob gestão municipal ou estadual.

Parágrafo único. Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEBAS é um certificado, emitido pela esfera de governo federal para o reconhecimento de entidades privadas sem fins lucrativos como beneficente de assistência social que atuem na área de assistência social e/ou saúde e/ou educação, que atenderem ao disposto da Lei 12.101 de 27 de novembro de 2009 e regulamentações posteriores.

Art. 8º Os hospitais públicos ou privados sem fins lucrativos, independente do perfil assistencial, poderão ser certificados como Hospital de Ensino.

Parágrafo único. São Hospitais de Ensino - HE aqueles que pertencem ou são conveniados a uma Instituição de Ensino Superior - IES, pública ou privada, servindo de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde e que forem certificados conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

Subseção I

Dos Leitos Hospitalares

Art. 9º Os leitos hospitalares são classificados da seguinte forma:

I - Leito de internação: destinado às internações por um período igual ou superior a 24 horas, nas seguintes tipologias:

a. Clínico: destinado aos usuários em internação hospitalar, que necessitem de atenção multiprofissional compreendendo as seguintes áreas: infectologia, cardiologia, clínica geral, dermatologia, geriatria, hansenologia, hematologia, neurologia, nefrologia, nefrourologia, oncologia, pneumologia, ginecologia e leitos de unidade de acidente vascular cerebral.

b. Cirúrgico: destinado aos usuários pré e pós-cirúrgicos compreendendo as seguintes áreas: buco maxilo facial, cardiologia, cirurgia geral, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, nefrologia/urologia, neurocirurgia, oftalmologia, oncologia, ortopedia/traumatologia, otorrinolaringologia, plástica, cirurgia torácica, vascular e transplante.

c. Pediátrico: destinado aos usuários menores de 18 anos de idade para internação clínica, pré e pós-cirúrgica, compreendendo as seguintes áreas: clínico, cirúrgico e neonatologia.

d. Obstétrico: destinado às usuárias em situação de pré ou pós parto clínico ou cirúrgico.

e. Leito de hospital-dia: destinado ao atendimento clínico, cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico de curta duração por um período inferior a 24 (vinte e quatro) horas.

f. Leito de UTI: destinado aos usuários em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia, ininterruptas, monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e recursos humanos especializados, podendo ser: adulto, pediátrico, neonatal, coronariano e unidades de queimados.

g. Leito de UCI: destinado ao usuário em situação clínica de risco, que ainda requer atenção especial diferenciada da adotada na unidade de internação clínica, necessitando de cuidados semi-intensivos, monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e recursos humanos especializados, podendo ser: adulto, pediátrico ou neonatal.

h. Leitos de Cuidados Prolongados: destinados a usuários em situação clínica estável, necessitando de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

i. Leitos de Psiquiatria: destinado aos usuários com sofrimento mental, incluindo aqueles decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas instalado em Hospital Especializado em Psiquiatria.

j. Leito de Saúde Mental em Hospital Geral: destinado ao cuidado dos usuários com sofrimento mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas instalado em Hospital Geral.

k. Isolamento: destinado ao usuário com suspeita ou portador de doenças transmissíveis, instalado em ambiente adequado ao isolamento por meio de barreiras que impeçam a contaminação, de acordo com legislação vigente.

II - Leito de observação:

a. Urgência e Emergência: destinado à observação do usuário em situação de urgência e emergência hospitalar, sob supervisão médica e de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas.

b. Pós-anestésico: destinado a observação de usuários no pós anestésico imediato, aguardando liberação para o leito cirúrgico, clínico, pediátrico, obstétrico, de UTI ou alta hospitalar.

Parágrafo único. Os leitos hospitalares nas suas diversas tipologias e especialidades deverão seguir as Portarias específicas que normatizam sua organização e funcionamento.

Art. 10. Os estabelecimentos hospitalares deverão realizar censo hospitalar diário do número de leitos ocupados e vagos nas unidades de internação e serviços, levando-se em consideração os leitos bloqueados e os leitos extras.

§ 1º Na realização do censo hospitalar, deverá ser contabilizado o número de internações, altas, óbitos, transferências internas e externas, evasões e desistências de tratamento ocorridas nas 24 (vinte e quatro) horas relativas ao censo.

§ 2º Deverá ser realizado censo dos leitos de observação, com fins de controle e gestão de leitos para agilização das altas e das transferências dos usuários para as unidades de internação, levando-se em consideração a superlotação das Unidades de Urgência e Emergência e o prolongado período de permanência dos usuários, além das 24 (vinte e quatro) horas).

CAPÍTULO III

DA INSERÇÃO DO HOSPITAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Art. 11 Rede de Atenção à Saúde - RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, conforme definido na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

Parágrafo único. As RAS representam uma malha que integra os diversos pontos de atenção em determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário.

Art. 12. A gestão e a atenção hospitalar no SUS deverão se organizar a partir dos seguintes pressupostos:

I - O hospital deve se organizar como um ponto de atenção das RAS, de forma regionalizada, articulada, integrada e regulada;

II - A gestão hospitalar deverá ser participativa, transparente e democrática;

III - A Atenção Hospitalar deverá ser baseada nos pressupostos da clínica ampliada e gestão da clínica.

Art. 13. Os hospitais que compõem o SUS são pontos de atenção estratégicos na RAS, oferecendo assistência de forma integrada e articulada com os demais pontos de atenção, na perspectiva da integralidade da assistência, continuidade do cuidado e universalidade do acesso, organizados conforme as necessidades locais e regionais, de forma racional, harmônica, sistêmica e regulada.

§ 1º O hospital deve estar articulado com a Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, com a demanda organizada por meio de fluxos regulados definidos pelos gestores.

§ 2º Os Hospitais devem funcionar como retaguarda para os demais pontos de atenção da RAS, atendendo à demandas de urgência e emergência ou eletivas.

§ 3º Os hospitais que contarem com serviços de Urgência e Emergência, caracterizados como Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e Emergência podem atender à demanda regulada e/ou espontânea.

Art. 14. As responsabilidades, a configuração da missão e do perfil assistencial dos hospitais serão definidos conforme as necessidades locais e regionais de saúde estabelecidas nos planos de saúde municipais e estaduais e nos Planos de Ação Regional - PAR das Redes Temáticas.

Parágrafo único. Os hospitais no SUS constituem-se também como espaço de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS.

CAPÍTULO IV

MODELOS DE GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR

Art. 15. A atenção e a gestão hospitalar deverão ser implementadas para promover a integração entre a gestão participativa e o cuidado, centradas no modelo das necessidades do usuário, no autocuidado e resgate da autonomia do sujeito, com a utilização de arranjos que possibilitem a cogestão da equipe, vinculação e responsabilização com os problemas do usuário, socialização de conhecimentos, articulação com outros pontos de atenção das RAS na perspectiva da integralidade do cuidado.

Seção I

Do Modelo de Gestão Hospitalar Participativa

Art. 16. O modelo de gestão hospitalar no SUS deverá ser pautado na garantia do acesso e qualidade da assistência, eficiência e transparência na aplicação dos recursos, planejamento participativo e democrático e no cumprimento de metas pactuadas para o alcance de resultados e impacto nas necessidades de saúde dos usuários, mediante:

- I. Desenvolvimento de estratégias para transparência gerencial e institucional;
- II. Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços hospitalares por meio de indicadores de desempenho que garantam a resolutividade da atenção;
- III. Instituição de educação permanente em saúde de acordo com os princípios da integralidade e humanização do cuidado;
- IV. Garantia do registro e atualização dos dados dos sistemas de informação;
- V. Utilização da Informação, no processo de planejamento e gestão do hospital;
- VI. Avaliação da satisfação dos usuários e trabalhadores no âmbito do hospital;
- VII. Racionalização e modernização dos processos gerenciais para definição de necessidades e aquisição dos equipamentos e insumos hospitalares;
- VIII. Garantia da padronização de medicamentos, de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos - RENAME, como parte do plano de aplicação medicamentosa institucional;
- IX. Estabelecimento de Plano Diretor do Hospital;
- X. Garantia da manutenção preventiva e corretiva de equipamentos;
- XI. Desenvolvimento de estratégias de avaliação e incorporação tecnológica;
- XII. Implementação de gestão de risco no ambiente hospitalar, por meio de projetos de gerenciamento de risco;
- XIII. Implementação de contratos internos de gestão como um dispositivo de diálogo e estabelecimento responsabilidades, transformando as relações de trabalho, compartilhando e formando compromissos entre os profissionais e equipes para melhoria da atenção;
- XIV. Implementação de gestão participativa visando à integração entre gestores das unidades de internação e equipes de referência para avaliação, elaboração de projetos e decisões estratégicas;
- XV. Prevenção e controle de riscos e danos para usuários e trabalhadores da saúde;
- XVI. Integração da atenção, de gestão e de apoio técnicoadministrativo;
- XVII. Implementação de ambiência hospitalar acolhedora, com espaços que respeitem a subjetividade dos usuários e trabalhadores da saúde.

Seção II

Do modelo de atenção hospitalar

Art. 17. O modelo de atenção define a compreensão do processo saúde e doença a partir do conhecimento das necessidades de saúde da população, da forma como se organiza a oferta de serviços, e suas formas de intervenção por meio dos modelos de práticas profissionais e institucionais estruturadas para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas, específicas para um determinado contexto histórico e social.

§ 1º O modelo de Atenção Hospitalar no SUS deve garantir a atenção às condições agudas, crônicas e crônicas agudizadas e a continuidade do cuidado em outros pontos de atenção da RAS, centrado em equipe multiprofissional, no acesso regulado, na horizontalização das equipes de referência e baseado na organização de linhas de cuidado a partir das necessidades dos usuários.

§ 2º O sistema de saúde organizado por Linhas de Cuidado é a estratégia que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida ou outro critério sanitário, a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

§ 3º A horizontalização do cuidado é 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. 18. O modelo de atenção hospitalar deve contemplar uma diversidade de dispositivos de cuidado e de gestão visando o aprimoramento da qualidade em saúde, tais como:

- I. Garantia da implantação das diretrizes clínicas para maior efetividade do cuidado hospitalar;
- II. Gerenciamento clínico dos casos como tecnologia de gestão do hospital de maneira articulada com os demais pontos da rede para prevenção, controle de riscos e complicações;
- III. Realização de auditoria clínica no processo assistencial hospitalar;
- IV. Gerenciamento dos leitos para integração da prática clínica no processo de internação e de alta;
- V. Definição dos fluxos hospitalares em articulação com as redes locais e regionais de saúde;
- VI. Efetivação da horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;
- VII. Acolhimento com classificação de risco e atendimento à vulnerabilidades específicas;
- VIII. Garantia de visita aberta, da presença do acompanhante e de sua família;
- IX. Garantia do direito de brincar para toda criança internada;
- X. Garantia de alta responsável do ambiente hospitalar em articulação com os demais pontos de atenção da RAS;
- XI. Garantia de padrões clínicos para melhor efetividade do cuidado hospitalar, conforme o perfil de necessidades e vulnerabilidades dos usuários;
- XII. Implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- XIII. Valorização e Incentivo à prática do autocuidado;
- XIV. Consideração de fatores subjetivos e sociais na prática clínica, dentre outros.

Art. 19. Os Hospitais que prestam serviço ao SUS deverão organizar a atenção na perspectiva da clínica ampliada e gestão da clínica, com vistas à qualificação dos processos assistenciais e gerenciais.

Art. 20. A clínica ampliada é um dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades singulares de cada usuário e no seu contexto, que incorpora e articula um diversificado conjunto de saberes, responsabilidades e práticas para potencializar a capacidade de atuação dos profissionais, assegurando maior envolvimento e resolutividade na abordagem dos problemas de saúde por meio da implantação das equipes de referência, construção de vínculo e elaboração de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários buscando ampliar os recursos de intervenção sobre o processo saúde/doença.

Art. 21. A gestão da clínica é uma tecnologia de articulação das práticas assistenciais e gerenciais desenvolvida a partir do reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários, promovendo a construção de modelos institucionais com reformulação das práticas de saúde no âmbito da gestão e da assistência por meio da coresponsabilização das equipes, avaliação de indicadores de desempenho, de processos e resultados, visando o aprimoramento da qualidade assistencial.

Subseção I

Da Admissão Hospitalar

Art. 22. A admissão ao hospital deverá ser realizada de forma regulada pelo gestor local ou por demanda espontânea em caso de Urgência e Emergência, respeitando-se critérios de classificação de riscos e vulnerabilidades específicas.

§ 1º Independente da forma de admissão ao hospital, o usuário deverá receber um atendimento acolhedor e que respeite a subjetividade e suas especificidades sócio-culturais.

§ 2º A equipe de saúde deverá se responsabilizar integralmente pelo usuário a partir do momento de sua chegada, garantindo atenção resolutiva e articulada com os demais serviços internos do hospital e/ou outros Pontos de Atenção da RAS.

§ 3º As Portas Hospitalares de Urgência e Emergência deverão implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco garantindo acesso com equidade, transparência, compromisso, responsabilidade, ética e solidariedade, induzindo uma

atenção à saúde com maior qualidade e efetividade, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou o grau de sofrimento e não a ordem cronológica de chegada.

Subseção II

Da Atenção à Saúde no Hospital

Art. 23. A atenção ao paciente hospitalizado, em qualquer um dos serviços ou unidades de internação deverá ser pautada pela garantia do acesso, desenvolvimento de cuidado multiprofissional centrado no usuário, longitudinalidade e efetividade clínica, contribuindo para a autonomia e protagonismo do cidadão, da família e comunidade utilizando dispositivos e tecnologias para maior qualificação e resolutividade da atenção.

Parágrafo único. As Equipes de Referência deverão ser a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital, formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, essenciais para a abordagem assistencial e acompanhamento longitudinal de determinados perfis de usuários e que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal buscando atingir objetivos comuns, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares, apoiadas no vínculo terapêutico, interdisciplinaridade e gestão colegiada.

Art. 24. As equipes multidisciplinares deverão elaborar, de forma negociada, 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 o objetivo de reavaliar diagnósticos e riscos de forma conjunta, redefinindo as linhas de intervenção terapêutica, tarefas e encargos dos especialistas envolvidos no cuidado.

Art. 25. As equipes dos serviços hospitalares deverão atuar por meio de apoio matricial, com interconexão entre as diversas equipes dos serviços, propiciando retaguarda e suporte nas respectivas especialidades para as equipes de referência, visando atenção integral ao usuário.

Parágrafo único. Apoio matricial se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, invertendo a lógica da fragmentação dos saberes.

Art. 26. As equipes multiprofissionais do hospital deverão compartilhar o Prontuário Unificado, que é o conjunto dos documentos em saúde padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados que foram prestados aos usuários por todos os profissionais de saúde da equipe.

Art. 27. Cabe ao hospital identificar e divulgar os profissionais que são responsáveis pelo cuidado do usuário, nas unidades de internação, nos Prontos Socorros, nos ambulatórios de especialidades e nos demais serviços.

Art. 28. As visitas hospitalares deverão ser abertas e organizadas de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao Pronto Socorro e às unidades de internação, assegurando o elo entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência.

Art. 29. O hospital adotará as Diretrizes Clínicas e Protocolos Assistenciais para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar intervenções desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário sob sua responsabilidade.

Subseção III

Gestão e Formação dos Processos de Trabalho no Hospital

Art. 30. As equipes multiprofissionais deverão participar de Programas de Educação Permanente em saúde, que poderão ser realizados pelo hospital em parceria com os gestores, instituições de ensino e outras organizações com esta finalidade, a partir das necessidades de formação de cada categoria profissional.

Parágrafo único. O programa de educação permanente em saúde oferecido aos profissionais de saúde das equipes dos hospitais deverá ser baseado no aprendizado em serviço, no qual o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano dos hospitais e das equipes.

Art. 31. Os hospitais deverão contar com serviço de Ouvidoria e/ou realizar pesquisa de satisfação junto aos usuários e trabalhadores com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência e resolutividade do serviço.

Art. 32. Os estabelecimentos hospitalares deverão adotar um modelo de gestão participativa e democrática, garantindo a participação dos membros ou representantes das equipes, com as seguintes finalidades:

- I - Elaborar o Plano Diretor de Gestão ou Plano de Ação Gerencial da Instituição;
- II - Democratizar a Gestão;
- III - Acompanhar e monitorar a execução do Plano.

Art. 33. Os estabelecimentos hospitalares que contarem com Porta de Entrada Hospitalar de Urgência e Emergência deverão constituir Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar - NAQH com a finalidade de garantir a qualidade da gestão do

serviço de urgência e emergência e dos leitos de retaguarda às urgências, composto por, no mínimo, os seguintes membros:

- I - Coordenador da Urgência/Emergência do hospital;
- II - Coordenador da UTI;
- III - Coordenador das Unidades de internação;
- IV - Coordenador da central de internação do hospital; e
- V - Representante do gestor local.

Parágrafo único. As diretrizes do NAQH estão dispostas na Portaria GM nº 2.395 de 11 de outubro de 2011.

Subseção IV

Da Alta Hospitalar Responsável

Art. 34. A alta hospitalar é a transferência e a continuidade do cuidado entre o hospital e outro ponto de atenção na RAS, na qual o paciente, após período de internação, deverá ser encaminhado a outro serviço, constando todas essas informações no Relatório de Alta.

§ 1º A alta por desistência de tratamento é a saída do usuário do hospital motivada pela sua decisão ou de seu responsável em encerrar a assistência, comunicando o fato formalmente à equipe de referência.

§ 2º Em caso de alta hospitalar por evasão, quando a saída do usuário do hospital ocorre sem a liberação da equipe, o hospital tem a responsabilidade de comunicar o fato à família ou aos responsáveis.

§ 3º Em caso de alta por óbito, o hospital é responsável por comunicar o fato aos familiares ou responsáveis, além do médico de referência emitir a declaração de óbito de, de acordo com o Conselho Federal de Medicina e legislação vigente.

Subseção V

Da Ambiência

Art. 35. A ambiência hospitalar consiste no tratamento dado ao espaço físico do hospital, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, proporcionando atenção à saúde acolhedora, resolutiva e humana.

§ 1º O planejamento da ambiência hospitalar deverá adotar uma arquitetura inclusiva, técnica e criativa, voltada para as necessidades do tipo do estabelecimento hospitalar, da equipe de trabalho e da população de usuários, a partir de quatro eixos:

I. Conforto, privacidade e individualidade para as equipes, usuários e visitantes;

II. Espaço que facilite o relacionamento entre os usuários, visitantes e equipes;

III. Espaço físico que facilite o processo de trabalho, favorecendo a integração e otimização de recursos, garantindo a segurança e a qualidade;

IV. Acessibilidade.

§ 2º Acessibilidade hospitalar é a condição para utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos do hospital por uma pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 3º Todo o hospital que dispõe de serviço de pediatria deverá contar em sua estrutura física com um espaço de brinquedoteca, conforme estabelecido na Lei Federal nº 11.104 de 21 de março de 2005.

§ 4º A ambiência dos serviços hospitalares deverá seguir as normas e exigências das legislações vigentes.

Seção III

Da Regulação

Art. 36. A regulação propicia a ordenação do acesso aos serviços de assistência à saúde por meio da alocação adequada dos recursos, baseado pelo critério de necessidade, garantindo a equidade no acesso e a integralidade da assistência.

Parágrafo único. Regulação de acesso à assistência ou regulação assistencial tem como objetivo a organização, controle, gerenciamento, estabelecimento dos fluxos e priorização do acesso de acordo com riscos e vulnerabilidades, além da garantia da continuidade do cuidado efetivada pela disponibilização de alternativas assistenciais mais adequadas ao usuário por meio de atendimento às urgências e emergências, consultas, exames, internações e outras que se fizerem necessárias.

Art. 37. A regulação de acesso à atenção hospitalar será realizada pelas centrais de regulação, que atuarão de forma integrada, garantindo transparência e equidade no acesso, independente da esfera administrativa, da natureza jurídica ou da esfera de gestão do hospital.

Parágrafo único. A internação hospitalar deverá ser realizada por meio de regulação e pela definição de protocolos assistenciais e de acesso, preferencialmente por meio de central de regulação unificada e regionalizada.

Art. 38. O gestor municipal ou estadual deverá organizar a regulação da atenção hospitalar em seu território de acordo com a missão de cada hospital estabelecida no instrumento contratual, conforme pactuações locais e regionais e a Política Nacional de Regulação estabelecida pelo Ministério da Saúde.

CAPÍTULO IV

DA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR

Art. 39. Os gestores de saúde deverão formalizar a relação com o conjunto dos hospitais que prestam serviços ao SUS por meio de instrumento de contrato, convênio ou congêneres, independente de sua natureza jurídica, esfera administrativa e de gestão.

Parágrafo único. Contratualização é o processo pelo qual as partes, o gestor municipal ou estadual do SUS e o representante legal do hospital, estabelecem metas quantitativas e qualitativas que visem o aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão hospitalar, vinculadas aos recursos financeiros, possibilitando um processo organizativo e sistêmico de acompanhamento e avaliação dos indicadores com suas respectivas metas.

Art. 40. O processo de contratualização tem por finalidade acompanhar a resolutividade do cuidado hospitalar de maneira transparente e de forma articulada com os outros pontos de atenção da RAS, de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Formalização, garantindo respaldo legal na relação entre gestores e prestadores hospitalares de serviços de atenção à saúde;
- II. Vinculação de recursos financeiros ao estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas;
- III. Aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão hospitalar;
- IV. Estabelecimento de um processo organizativo e sistêmico de acompanhamento, avaliação, controle e regulação;
- V. Programação Orçamentária e Financeira;
- VI. Adequação dos serviços conforme a demanda e necessidades do gestor local de saúde;
- VII. Transparência na relação com o gestor local do SUS;
- VIII. Participação e controle social;
- IX. Participação e comprometimento da equipe técnica do hospital com as metas estabelecidas.

Art. 41. A contratualização dos hospitais no SUS deverá ser formalizada por um dos seguintes instrumentos: contrato, convênio, protocolo de cooperação ente entes públicos, contrato de gestão, termo de compromisso ou congêneres.

Parágrafo único. A contratualização deve abranger os eixos da gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa.

Art. 42. O gestor local deverá contratualizar os estabelecimentos hospitalares conforme o seguinte critério de priorização:

- I. Hospitais públicos (federais, estaduais ou municipais);
- II. Hospitais de direito privado sem fins lucrativos, que prestam 100% (cem por cento) dos seus serviços ao SUS;
- III. Hospitais de direito privado sem fins lucrativos com Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde / CEBAS- SAÚDE;
- IV. Hospitais de direito privado sem fins lucrativos sem CEBAS -SAÚDE; e
- V. Hospitais privados com fins lucrativos.

CAPÍTULO V

DAS RESPONSABILIDADES DE CADA ESFERA DE GESTÃO

Art. 43. A União, Estados, Distrito Federal e Municípios, representados por suas instâncias gestoras do SUS são responsáveis pela organização e execução das ações da atenção hospitalar nos seus respectivos territórios, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP.

§ 1º Compete ao Ministério da Saúde:

- I. Definir, executar, monitorar e avaliar a Política Nacional de Atenção Hospitalar em consonância com os pressupostos do SUS: universalidade, integralidade, equidade, controle social e descentralização com direção única em cada esfera de governo de forma pactuada com a Comissão Intergestores Tripartite - CIT;
- II. Estabelecer, no Plano Nacional de Saúde, metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território;
- III. Contribuir para a reorganização do modelo atenção e de gestão hospitalar;
- IV. Definir, monitorar e avaliar a Política de Contratualização de Atenção Hospitalar;
- V. Co-financiar a atenção hospitalar, de forma tripartite;
- VI. Ser co-responsável pelo monitoramento da utilização dos recursos destinados à atenção hospitalar transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios;
- VII. Estabelecer diretrizes nacionais para a educação permanente em saúde dos profissionais de saúde de forma pactuada tripartite;
- VIII. Estabelecer prioridades e fomentar a realização de pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar aos usuários do SUS, em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas;
- IX. Fomentar a gestão de tecnologias em saúde direcionadas para a atenção hospitalar;
- X. Articular com o Ministério da Educação mudanças curriculares para os cursos de graduação e pós-graduação nas áreas da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado para atuação na atenção hospitalar;
- XI. Estabelecer de forma pactuada tripartite, mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, através de indicadores de desempenho, de processos e resultados;
- XII. Estabelecer a contratualização das instituições hospitalares sob sua gerência e realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no contrato, convênio ou congêneres;
- XIII. Organizar, executar e gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência no seu território;
- XIV. Prestar assessoria técnica aos estados, Distrito Federal e municípios no processo de qualificação da atenção e gestão hospitalar;

XV. Prestar assessoria técnica aos hospitais no processo de qualificação da atenção e gestão hospitalar;
XVI. Viabilizar parcerias com organismos internacionais e o setor privado para o fortalecimento da Atenção Hospitalar no SUS.

§ 2º Compete às Secretarias Estaduais e do Distrito Federal:

- I. Coordenar, no âmbito estadual ou distrital, a implantação, o monitoramento e a avaliação da Política Nacional de Atenção Hospitalar de forma pactuada com a Comissão Intergestores Bipartite - CIB e Comissões Intergestores Regionais - CIR;
- II. Estabelecer, no Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território;
- III. Estabelecer, de forma pactuada com os municípios, o desenho da rede de atenção à saúde, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições;
- IV. Co-financiar a atenção hospitalar, de forma tripartite;
- V. Ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos destinados à atenção hospitalar no seu território de atuação;
- VI. Estabelecer em conjunto com os municípios a Programação Pactuada Integrada - PPI e o Plano de Ação Regional - PAR das Redes Temáticas em seu território, a partir das necessidades de saúde da população;
- VII. Estabelecer a contratualização das instituições hospitalares sob sua gestão e realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no contrato, convênio ou congêneres;
- VIII. Organizar, executar e/ou gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua gestão no seu território;
- IX. Contribuir para a reorganização do modelo de atenção hospitalar, centrado no usuário, com atuação multiprofissional e articulado em redes;
- X. Elaborar as prioridades e fomentar a realização de ensino e pesquisa que fortaleçam a assistência hospitalar aos usuários do SUS, em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação;
- XI. Estabelecer de forma pactuada com municípios os mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho e qualidade;
- XII. Prestar assessoria técnica aos municípios e unidades hospitalares no processo de qualificação da atenção e gestão hospitalar no seu território;
- XIII. Propor diretrizes estaduais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
- XIV. Registrar e atualizar as informações relativas aos estabelecimentos hospitalares nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde.

§ 3º Compete às Secretarias Municipais e do Distrito Federal de Saúde:

- I. Coordenar, no âmbito municipal e do Distrito Federal a implantação, execução, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Atenção Hospitalar de acordo com o pactuado na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e na Comissão Intergestores Regional-CIR;
- II. Estabelecer, no Plano Municipal e Distrital de Saúde, as metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território;
- III. Estabelecer de forma pactuada com o estado o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições;
- IV. Co-financiar a atenção hospitalar, de forma tripartite;
- V. Estabelecer, em conjunto com os estados e outros municípios, a Programação Pactuada Integrada - PPI e o Plano de Ação Regional - PAR das Redes Temáticas a partir das necessidades da população;
- VI. Organizar, executar e gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua gestão;
- VII. Estabelecer a contratualização das unidades hospitalares sob sua gestão e realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no contrato, convênio ou congêneres;
- VIII. Contribuir para a reorganização do modelo de atenção hospitalar, centrado no usuário, com atuação multiprofissional e articulado em redes;
- IX. Estabelecer mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar em seu território, através de indicadores de desempenho e qualidade;
- X. Prestar assessoria técnica às unidades hospitalares sob sua gestão no processo de qualificação da atenção e gestão hospitalar;
- XI. Elaborar as prioridades e fomentar a realização de ensino e pesquisa que fortaleçam a assistência hospitalar aos usuários do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação;
- XII. Propor diretrizes municipais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
- XIII. Registrar e atualizar as informações relativas aos estabelecimentos hospitalares no âmbito do seu território nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 44. Os estabelecimentos de saúde que possuem um quantitativo inferior a 50 (cinquenta) leitos cadastrados no Sistema de Cadastrado Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES e classificados como Unidades Mistas, hospitais gerais e

hospitais especializados, que tenham ou não aderido à Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte, terão um período de 03 (três) anos, a partir da publicação desta portaria, para se enquadrarem em um dos seguintes perfis:

I.Hospital Geral ou Especializado com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos;

II.Hospital Especializado em Pediatria, Cuidados Prolongados ou Maternidade com, no mínimo, 40 (quarenta leitos);

III.Hospital-dia clínico e/ou cirúrgico com, no mínimo, 05 (cinco) leitos;

IV.Centro de Parto normal;

V.Unidade de Pronto Atendimento - UPA;

VI.Unidade Básica de Saúde (UBS) com ou sem Sala de Estabilização;

VII.Centro de Atenção Psicossocial - CAPS;

VIII.Clínica Especializada com ou sem Sala de Estabilização;

IX.Policlínica com ou sem Sala de Estabilização;

X.Outros.

§ 1º A definição da nova configuração dos estabelecimentos de saúde deve ser baseada nas necessidades regionais com aprovação obrigatória pela Comissão Intergestores Regional - CIR e pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB, atendendo às portarias específicas.

§ 2º O processo de nova configuração dos hospitais com menos de 50 (cinquenta) leitos não acarretará em perda do custeio para o estabelecimento.

§ 3º Fica vedada, a partir da publicação desta Portaria, o credenciamento pelo SUS de novos hospitais com menos de 50 (cinquenta) leitos, a exceção de Hospitais Especializados em Pediatria, Cuidados Prolongados (HCP) e Maternidades, que poderão contar com um quantitativo mínimo de 40 (quarenta) leitos, em todo o território nacional, bem como o investimento do SUS para construção desse tipo de hospital.

§ 5º Investimento para readequação física e tecnológica de hospitais abaixo de 50 (cinquenta) leitos será concedido somente para estabelecimentos com definição de seu novo perfil de acordo com o estabelecido neste Artigo e seguirá as normas do Sistema de Convênio e Contrato de Repasses do Fundo Nacional de Saúde.

Art. 45. A regulamentação e operacionalização do processo de transição dos Hospitais com menos de 50 (cinquenta) leitos terão suas definições em portaria específica.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 46. A regulamentação do processo de contratualização terá suas definições em portaria específica.

Art. 47. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 48. Ficam revogadas a Portaria nº 2.224/GM/MS, de 5 de dezembro de 2002 e a Portaria nº 312/GM/MS, de 30 de abril de 2002.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA