



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 38/2012

OS COORDENADORES DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas e em cumprimento aos dispositivos constantes do seu Regimento Interno, e

Considerando o Decreto 7.508/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/90 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 4279 de 30 de dezembro de 2012 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a Portaria nº 1.600 de 07 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 ainda, consenso entre o COSEMS e a Gestão Estadual na 10ª Reunião ordinária da CIB/RR, ocorrida em 14 de dezembro de 2012.

RESOLVEM:

Art. 1º - Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no estado de Roraima;

Art. 2º - Esta resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado.

MIGUEL ANGELO T. BRANDÃO D'ELIA
Secretário de Estado da Saúde de Roraima -
Adjunto
Coordenador da CIB Roraima

Boa Vista (RR), 14 de novembro de 2012.
GILSON ALMIRANTE DE SOUZA
Vice-Presidente do COSEMS/RR
Secretário de Saúde do Município de
Uiramutã

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL
1919 de 26/11/2012

Luzia Silva Rodrigues
Diretora de SAMU
IIE/SESau



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

RESOLUÇÃO CIB Nº 38/2012
ANEXO I

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção às Urgências estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência apontando os critérios para organização e implantação dos serviços visando o cumprimento dos princípios do SUS conforme a Portaria GM/MS 2.048 de 5 de novembro de 2002. Um desses critérios é a obrigatoriedade de elaboração de instrumentos que permitam a execução de ações de saúde de forma integradas, com o objetivo de minimizar o sofrimento da sociedade em situação de emergência, além de otimizar recursos, garantir a equidade e facilitar a todos os usuários do SUS o acesso aos serviços.

O Plano Estadual de Atenção às Urgências é um elemento básico para a organização dos serviços de Urgências tornando esse serviço um importante componente da assistência à saúde. A Política de Urgência chama a atenção para a necessidade de organizar os serviços, por considerar que o grande número de acidentes de trânsito e de violência no País demanda a cada dia mais esforço dessa área de atenção. A deficiente estrutura das unidades de saúde e a falta de uma rede que integre esses serviços são fatores que contribuem decisivamente para a sobrecarga de alguns serviços como a Urgência e Emergência nos Prontos Socorros. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde.

A Política de Atenção às Urgências é pautada, sobretudo na necessidade de organizar a rede de serviços e cuidados de forma regionalizada e hierarquizada, respeitando a equidade, independente da complexidade ou gravidade do cuidado, descentralizando assim os pontos de atenção às urgências que ora se concentram nos pronto-socorros.

A organização dos serviços de saúde em rede é uma estratégia fundamental para a visualização holística dos serviços e inserir de forma integral o usuário do sistema de saúde, além de otimizar recursos e cumprir um direito constitucional do cidadão.

O modelo de atenção à saúde vigente, fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado em ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais que se apresentam sempre crescentes. A fragmentação de serviços deixa lacunas assistenciais importantes, baixa eficiência no emprego de recursos, aumentando a ineficiência de acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas, visualizados pela pouca inserção de vigilância e promoção em saúde nos serviços, especialmente na atenção primária, (Brasil, 2010).

Muito se tem feito na busca incessante de encontrar soluções que melhor atenda as necessidades do usuário fazendo as mais diversas pactuações com a divisão de responsabilidades

CONFERE COM O ORIGINAL
Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
(IE/SESau)

PUBLICADO EM 26/11/2012

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



entre os entes federativos, como o Pacto pela vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Gestão do SUS, na tentativa de aproximar as ações e serviços ao usuário que é o objeto principal no processo. Ainda assim, a operacionalização do SUS deixa vazios assistenciais, institucionalizando a descontinuidade da atenção, requerendo do sistema um ajustamento das ações em uma lógica sequenciada e integrada a partir da atenção primária, (reconhecidamente) como sendo a porta de entrada no sistema de saúde, seguindo um fluxo bem elaborado, que permita ao usuário receber os cuidados que necessita de forma integral.

Considerando que o SUS é um sistema jovem, em fase de estruturação e organização, todo esforço para alinhar os conceitos e a adoção de estratégias que viabilize uma melhor prática é plausível, com essa intenção iniciou-se na década de 90 a proposta de integração dos serviços buscando garantir o acesso e a integralidade demandado pelo usuário.

Em 2010 a Portaria MG/MS nº 4.279, estabeleceu as diretrizes organizativas do sistema de saúde em Rede de Atenção à Saúde (RAS). A partir dessa lógica os pontos de atenção à saúde devem ser organizados de forma horizontal, e definindo claramente - o lugar certo; o tempo certo; a qualidade certa com o custo certo.

A Portaria GM/MS nº 1.600 de 7 de julho de 2011, define como diretrizes da Rede de Atenção às Urgências as seguintes:

- Ampliação do acesso e acolhimento dos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes casos;
- Garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas como, traumas, violência e acidentes;
- Regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso REGULADO aos serviços de saúde;
- Humanização da atenção (...) centrada no usuário;
- Implantação de um modelo de atenção (...) baseado na gestão de linha de cuidado;
- Articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde;
- Participação e controle social dos usuários sobre os serviços;
- Regulação articulada entre todos os componentes da Rede da Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado;
- (...) (Brasil, 2011).

1.1 Componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências

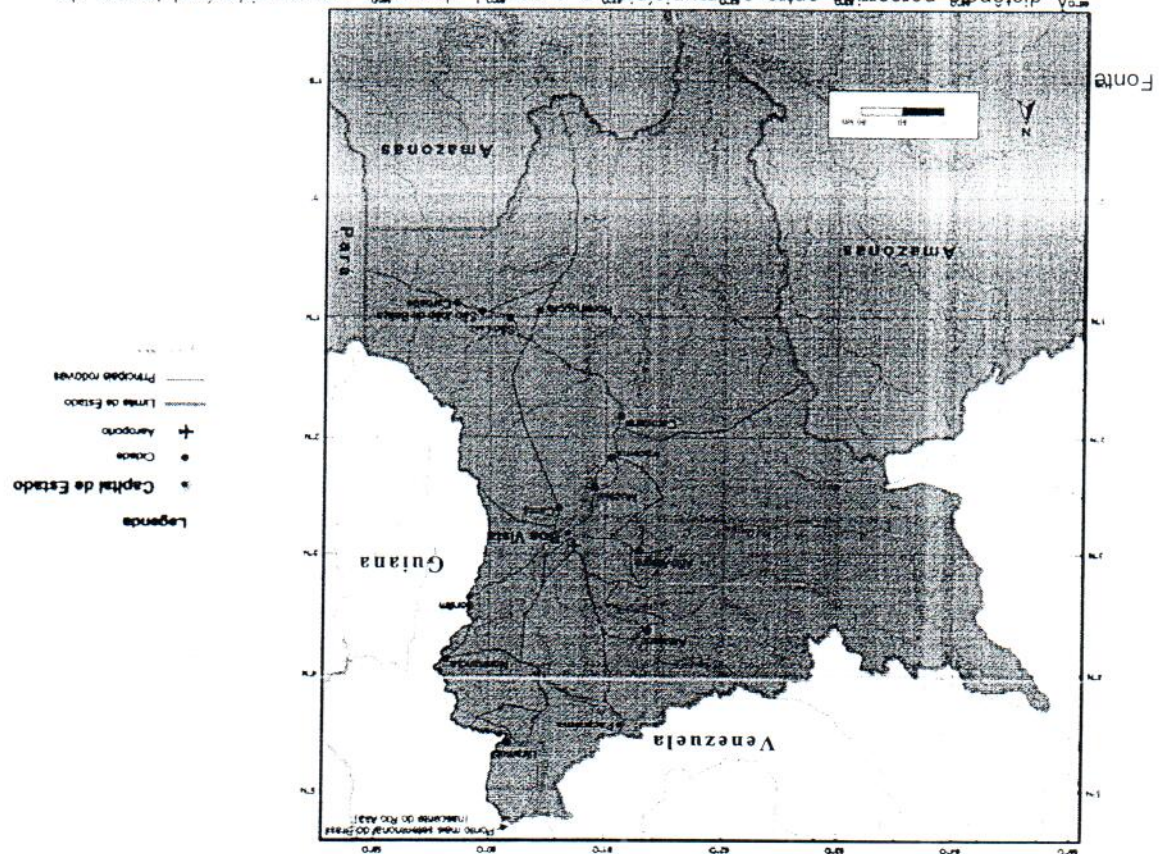
- Adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, através de ações trans-setoriais que atuem nos determinantes e condicionantes das urgências;

CONFERE COM O ORIGINAL
Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
11/05/2011



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Mapa das rodovias do Estado de Roraima



"A distância percorrida entre os municípios e a capital, demanda um considerável tempo de percurso, e dificulta uma assistência baseada em "Tempo Resposta", considerando que o maior número de média complexidade e a totalidade da alta complexidade esta concentrado na capital Boa Vista.

A gestão de saúde estadual e municipal tem a responsabilidade de articular em solidariamente a organização dos serviços em rede conforme as novas diretrizes do novo modelo de atenção, sem, contudo deixar de observar as questões socioeconômica, demográfica e epidemiológica, fortalecendo a Atenção Primária à Saúde, como um diferenciador do resultado desejado.

Uma característica de Roraima que não se diferencia dos demais estados do país, refere-se a baixa densidade demográfica, com municípios de população a baixo de vinte mil habitantes, dificultando a implementação de serviços complexos mais próximo do usuário

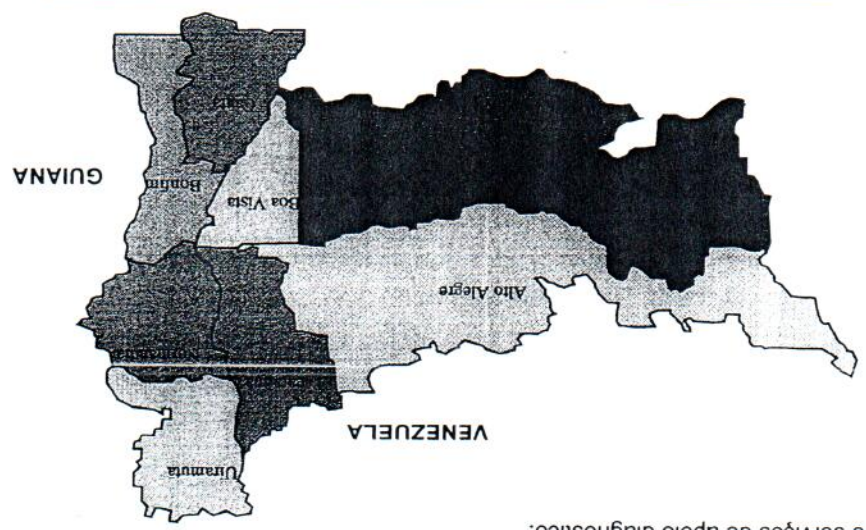
2.1 REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA

CONFERE COM O ORIGINAL
Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
IIE/SESAU



3.1 REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE (Monte Roraima)

Essa região é composta por 9 municípios incluindo a capital do estado onde estão os principais hospitais e serviços de apoio diagnóstico.



LEGENDA	
Municípios	População
02	Alto Alegre 18.286
03	Amajari 9.330
03	Boa Vista - Capital 284.313
04	Bonfim 10.951
05	Cantá 13.778
06	Mucajaí 14.814
07	Normandia 8.926
08	Pacaraima 10.448
09	Uiramutã 8.375
TOTAL 376.190	

Fonte: População/BCE - 2010. Edição - ICGPLAN/SES-AU-RR

CONFERE COM O ORIGINAL
 Luzia Silva Rodrigues
 Diretora do SAMU
 IIE/SES-AU

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



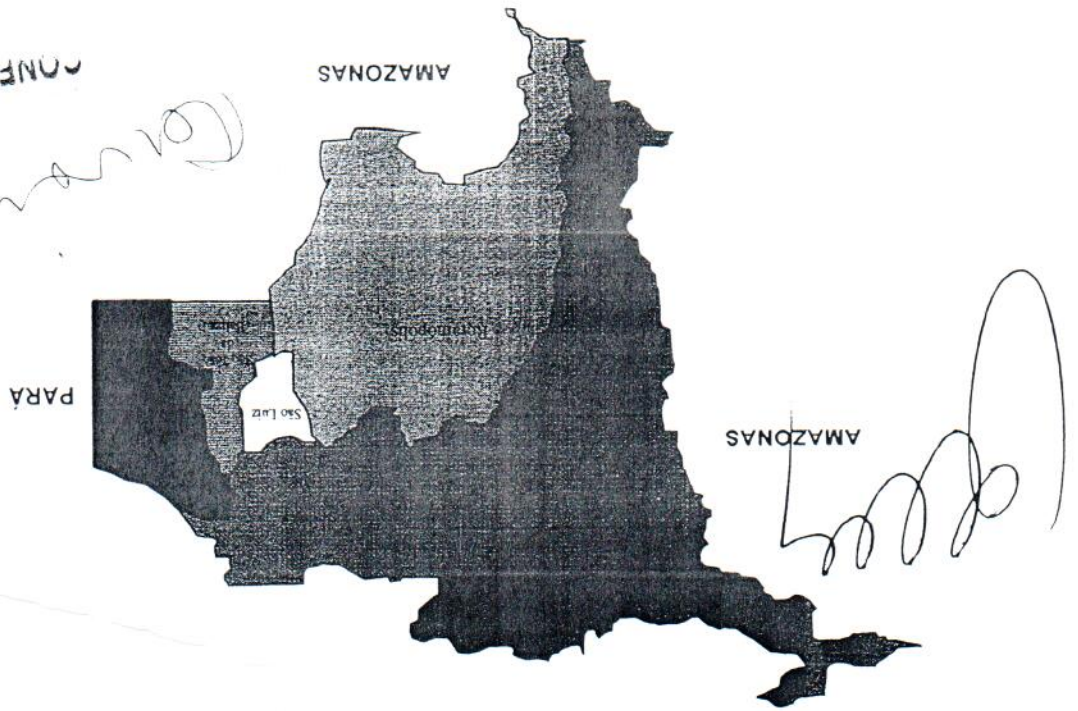
Cobertura da Estratégia Saúde da Família na Região Centro Norte
Cobertura populacional pela ESF na Região de Saúde Centro Norte de acordo com a classificação e o percentual

Município	Unidades (centros/postos de saúde)	Equipes de Saúde da família	% de cobertura
Alto alegre	10	06	100
Amajari	16	03	100
Boa vista	35	46	54,58
Bonfim	11	04	100
Cantá	21	03	72,32
Mucajai	07	05	100
Normandia	17	03	100
Pacaraima	11	04	100
Uiramutã	11	02	80,49
	139	76	100

(fonte: SIAB/SES AU/RR 20.08.2012)

3.2 REGIÃO DE SAÚDE SUL (Região Rio Branco)

Essa região é composta por 6 municípios de maior extensão territorial e difícil acesso, os quais só atendem atenção primária e parte de média complexidade.



CONFERE COM O ORIGINAL
Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
LIE/SESAU

CONFERE COM O ORIGINAL

Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
II/SES AU

A seguir mapa demonstrativo das principais estradas do estado interligando os municípios (Venezuela e Guiana). Maior parte das rodovias não é pavimentada.

Em Roraima não há ferrovia, no entanto tem um porto fluvial no município de Caracará que funciona com maior movimento no inverno. O transporte aéreo tem voos regulares e diários. O transporte rodoviário é predominante, tendo em Boa Vista um Terminal Rodoviário Internacional com saídas de ônibus em vários horários para os Municípios (vilas e vicinais), Cidade de Manaus, e países

estaduais somam mais de 2.000 km, juntas formam a malha rodoviária de Roraima. As estradas norte, passando pela capital Boa Vista. As estradas federais somam em Roraima 1.638 km. As estradas federais com grandes extensões sendo, a BR-401 liga Boa Vista à Bonfim e Normandia (na fronteira com a Guiana), a BR-174 que liga o Estado do Amazonas a Venezuela, cortando Roraima de sul ao norte, além da fronteira ao sul com os Estados do Pará e do Amazonas. Possui uma área de 224.301,040 Km² de extensão (superfície). Sua malha viária é composta por estradas estaduais e Brasil, Guiana Inglesa e Venezuela, com 964 km de fronteira seca com a Guiana e 958 km com a população indígena e uma das maiores reservas minerais. O Estado tem uma triplíce fronteira entre Roraima está localizado no extremo norte do País, tendo como peculiaridades a maior uma população de 93.288 habitantes.

Vista com uma população de 357.546 habitantes. A região sul (Rio Branco) compreende 6 (seis) municípios, sendo: de Iracema, Caracará, Carobe, São João da baliza, São Luiz e Rorainópolis, com Roraima) são: de Alto Alegre, Amajari, Bonfim, Mucajai, Cantá, Normandia, Pacaraima, Uiramutã e Boa média complexidade e o total da alta complexidade. Os municípios da região Centro Norte (Monte a capital onde estão localizados os principais equipamentos de saúde, concentrando grande parte da de saúde, a saber: Região Centro Norte (Monte Roraima) – composta por 9 (nove) municípios, incluindo O Estado de Roraima é composto por 15 (quinze) municípios e está dividido em 2 (duas) regiões

2. CARACTERIZAÇÃO DAS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ESTADO DE RORAIMA

- Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida;
- Instalação e operação das centrais de regulação médica, integradas com o complexo regulador da atenção no SUS;
- Capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, abrangendo a gestão e atenção às urgências;
- Humanização da atenção focada nas necessidades do usuário, (Brasil, 2006).

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE





COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

da regionalização como parte do processo é um norteador de ações e serviços a serem implementados em todos os níveis de complexidade além de potencializar as negociações entre gestores.

4. COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR

4.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 é o principal componente da política de urgência, tendo como princípio básico o atendimento em tempo hábil as vítimas de agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, enfim, qualquer atendimento que se enquadre nos critérios de urgência/emergência e que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado e integrado ao Sistema Único de Saúde. O SAMU é considerado primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento secundário, quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (Brasil, 2002). O componente pré-hospitalar é composto por unidades móveis, que vinculadas e reguladas por uma Central de Regulação Médica, que recebe todos os chamados através de número telefônico 192 reconhecido nacionalmente e acessado de forma gratuita pela população. A Central de Regulação é a porta de entrada do serviço onde uma equipe multiprofissional, composta por rádio operador, médicos reguladores e telefonistas auxiliares de regulação médica, atua em sinergismo a fim de gerenciar as mais diversas situações em saúde. O TARM ao receber os chamados, registra e colhem os primeiros e fundamentais dados do solicitante e acerca da situação que o motivou acionar o serviço, posteriormente repassando ao médico regulador que avalia e estratifica a necessidade e o nível de gravidade do atendimento, definindo o tipo de assistência a ser enviado naquele momento. Compete ao Rádio Operador, definir qual viatura será mais viável do ponto de vista geográfico, deslocar para atender o chamado, analisando o fator menor tempo resposta para o atendimento. Na abordagem a vítima, o médico regulador, mesmo a distância, é um fiscalizador do atendimento e orientador de condutas que visam sempre estabilizar a vítima, melhorar o prognóstico, minimizar sequelas e o sofrimento humano até a chegada a uma unidade de saúde, definida pelo mesmo, conforme análise da gravidade e proximidade geográfica. Em inúmeras situações, o médico regulador está habilitado a encerrar o atendimento apenas com orientações ao solicitante via telefone, tendo em vista a não caracterização de situação de urgência.

As Unidades Móveis de Atendimento previstas na regulamentação SAMU 192 são classificadas como: Ambulância tipo Unidade de Suporte Básico (USB); Ambulância tipo Unidade de Suporte Avançado (USA), aeronaves (USA), ambulâncias, veículos de intervenção rápida (VIR) e motocicletas (Brasil, 2002).

CONFERE COM O ORIGINAL
Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
LIE/SESau

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



A Portaria 2.048/2002 define que as Centrais de Regulação municipais poderão atuar como centrais regionais, sempre que houver pactuação e acordo na Comissão Intergestora Bipartite - CIB. O Estado de Roraima irá trabalhar uma Central de caráter estadual, localizada na capital Boa Vista, que regulará o serviço em todos os municípios do Estado.

A Central de Regulação Médica Estadual, localizada Boa Vista, será acessada pelo número telefônico gratuito 192, atenderá todas as chamadas dos municípios do interior do Estado e da capital, nas questões de Urgência que requeriram regulação, garantindo assim o atendimento a toda a população. A equipe (por turno de trabalho) será composta por 02 médicos reguladores e 03 telefonistas auxiliares de regulação e 01 rádio operador nas 24 horas.

São consideradas unidades hospitalares de Roraima que compõem a Rede de Urgência e Emergência: hospitais de pequeno porte, fazendo à baixa e média complexidade, as unidades de alta complexidade, Atenção Primária a Saúde (APS), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Estadual (SAMU 192) e a Central de Regulação das Urgências.

A Portaria MS/GM nº 1.600, de 07 de julho de 2011, estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção às urgências de forma regionalizada, visando garantir aos usuários resolução integral da demanda no quadro agudo ou sua transferência, para um serviço de maior complexidade, possibilitando o acesso aos diversos pontos de atenção dentro de um sistema hierarquizado, regulado, formalizado entre municípios e regiões conformando a rede.

Este modelo de organização vem possibilitar ao Estado avançar na conformação das redes que vem sendo implantadas no estado, reforçando a construção de instrumento como o Mapa da Saúde, de forma a respeitar as características e potencialidades de cada município e ou região. A importância da conformação da Rede de Urgência regionalizada está na viabilidade de redução das mortes e sequelas evitáveis.

3. REGIONALIZAÇÃO DE SAÚDE

A regionalização dos serviços de saúde passa por um processo organizativo e cooperado entre os entes federados. Tendo o Estado em sua conformação duas regiões, as quais são apresentadas a seguir.

Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
IIE/SESAU

CONFERE COM O ORIGINAL

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



LEGENDA	
Municípios	População
Caracarái	18.384
Carobebe	8.114
Iracema	8.676
Rorainópolis	24.279
São João da Baliza	6.778
São Luiz	6.750
Total	74.289

Fonte: População/BGE - 2010. Edição - CGPLAN/SESAU-RR

Cobertura da Estratégia Saúde da Família na Região Sul

Cobertura populacional pela ESF na Região de Saúde Sul de acordo com a classificação e o percentual

Município	Unidades (centros/posos de saúde)	Equipes Saúde da família	% de Cobertura
Caracarái	06	06	100
Carobebe	02	02	83,13
Iracema	04	04	100
Rorainópolis	00	00	00
São João da Baliza	02	02	100
São Luiz	03	03	100
Total	17	17	100
Total Geral nas duas Regiões			
Região Centro Norte e Região Sul	Unidades de saúde	Equipe ESF	Municípios
	156	93	100,00

(fonte: SIAB/SESAU/RR - 20-08-2012)

As Regiões de Saúde e as respectivas Comissões Intergestores Regionais, e a organização da rede de assistência à saúde, passam a ser prioridade para a garantia do acesso de toda a população residente nesses espaços territoriais e a um conjunto de ações e serviços definidos como prioritários e necessários para a resolução dos problemas de saúde de cada usuário do sistema. Portanto, o desenho

Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
LIE/SESAU
CONFERE COM O ORIGINAL



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

O SAMU no estado de Roraima está implantado efetivamente apenas no município de Boa Vista (Capital) funcionando desde fevereiro de 2009. Nos demais municípios, o SAMU ainda está em fase de implantação e em processo de regulamentação da Central Estadual de Regulação, já tendo recebido as ambulâncias, fato que garante uma cobertura aproximada de 96% da população nessa primeira etapa de implantação, como demonstrado no quadro abaixo.

A cobertura do SAMU estadual englobará todos os municípios do Estado, porém o município de Uiramutã, por dificuldade de acesso via terrestre, a gestão municipal atual optou em não garantir a ambulância, situação esta submetida à CIB conforme Resolução nº 33 de 21 de dezembro de 2010. No entanto, estará inserido na segunda fase quando implantado o SAMU Aéreo.

Quadro demonstrativo da distribuição das ambulâncias SAMU e cobertura pelo serviço

Município	Área (km²)	População (IBGE 2010)	SAMU		
			UBS	USA	MOTO
Alto alegre	25.566,965	18.286	1		
Amajari	28.472,265	9.327	1		
Boa Vista	5.687,022	284.313	3	1	2
Bonfim	8.095,399	10.943	1		
Canta	7.664,813	13.902	1		
Caracarái	47.410,947	18.398	1		
Caroebe	12.066,188	8.114	1		
Iracema	14.409,550	8.696	1		
Mucajai	12.461,185	14.792	1		
Normandia	6.966,793	8.940	1		
Pacaraima	8.028,463	10.433	1		
Rorainópolis	33.593,988	24.279	1		
São João da Baliza	4.285,038	6.769	1		
São Luiz	1.526,884	6.750	1		
Uiramutã	8.065,540	8.375	0		
Estado(Gestão SESAU)	-	450.479	1		
Reserva Técnica			2		
TOTAL	224.301,040	450.479	19	1	2

OBS: O SAMU Estadual manterá sob gestão do estado através da SESAU 01 (uma) Unidade de Suporte Básico (USB) para garantir apoio aos municípios e manterá ainda 02 (duas) ambulâncias USB, como reserva

técnica.

Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
II/SESAU
CONFERE COM O ORIGINAL

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

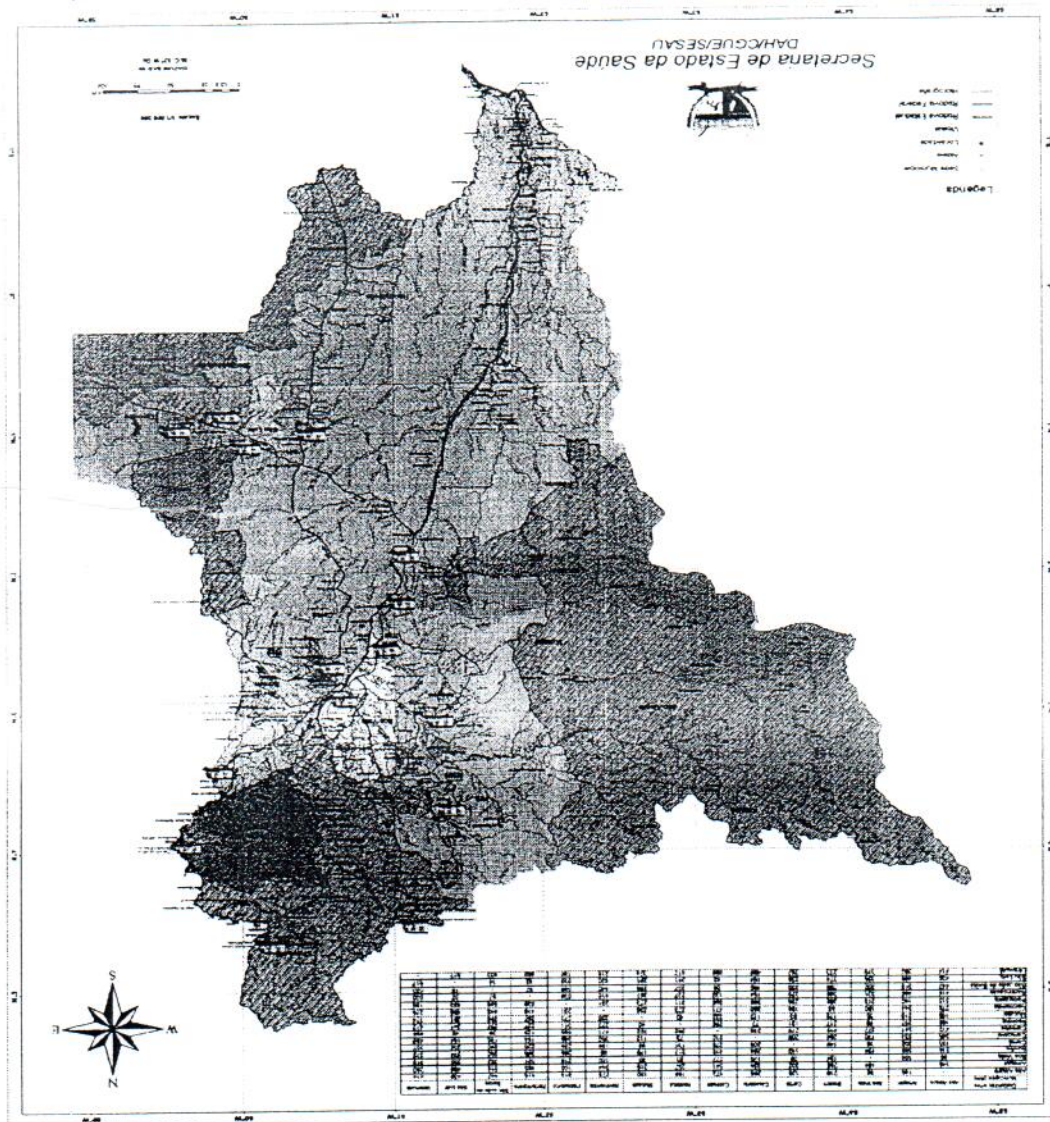


4.1.1 Mapa do estado demonstrando a localização das ambulâncias e a distância entre os municípios;

4.1.2 – Mapa de distribuição de ambulâncias na capital Boa Vista;

4.1.2 – Mapa de distribuição de ambulâncias na capital Boa Vista;

Mapa do estado demonstrando a localização das ambulâncias e a distância entre os municípios.



Regulação Médica



Informação/SMGP/Boa Vista - RR.

A Política de Atenção às Urgências propõe a integração dos serviços e dos equipamentos de saúde na área de urgência numa lógica de Rede, visando à equidade da atenção e a regionalização dos serviços. O fato de ser um serviço regulado pelo profissional médico permite a organização de fluxo e garante melhor resolução, solucionando a demanda da população, seja ela primária ou secundária,


Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
UIE/SESAU

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



inclusive por trabalhar com o fator "Tempo Resposta", ou seja, o serviço busca agir de forma rápida para garantir a sobrevivência da vítima, diminuindo os riscos de sequelas. Em Roraima este fator vem sendo comprometido pela dificuldade de acesso viário e pela distância entre os municípios e a capital onde os serviços de alta complexidade estão disponibilizados.

4.3 Unidades de Pronto Atendimento (UPA's)

Dentre os componentes da Política de Atenção às Urgências estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), Salas de Estabilização (SE), as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Estratégia Saúde da Família (ESF), ambulatórios especializados e os serviços de diagnóstico e terapia, que são classificados como pré-hospitalar fixo, que prestam assistência clínica, traumática ou psiquiátrica, aos pacientes portadores de quadros agudos que possam levar a sequelas ou até a morte (Brasil, 2006).

As UBS e a ESF são a porta de entrada para os pacientes com quadro crônico ou agudizado em sua área de abrangência em todos os municípios, considerando que é uma assistência de nível primário da atenção à saúde, podendo estes pacientes ser referenciados para outros serviços de maior complexidade, de acordo com a necessidade do caso para continuidade do tratamento.

As Unidades de Pronto Atendimento são classificadas em três (3) diferentes portes de acordo com a capacidade instalada e população de abrangência. São pontos de atenção que prestam assistência de complexidade intermediária entre as UBS e a Rede Hospitalar, prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (Brasil, 2009).

A Portaria GM/MS nº 2.648, de 07 de novembro de 2011, redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Classificação de UPA de acordo com o porte e capacidade instalada

UPA 24 h	População da área de abrangência da upa	Área física mínima	Número de atendimentos médicos, em 24 horas	Número mínimo de médicos por plantão	Observação
PORTE - I	50.000 a 100.000 Habitantes	700 m²	Até 150 Pacientes	02 Médicos	07 leitos
PORTE - II	100.001 a 1.000 m²	1.000 m²	Até 300	04	11 leitos

Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
UF/RS/SAU
CONFERE COM O ORIGINAL



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

	200.000	Habitantes			Pacientes	Médicos	
PORTE - III	200.001 a 300.000	Habitantes	1.300 m ²	Até 450	Pacientes	Médicos	15 leitos

Fonte: Portaria GM/MS nº 2.648 de 7 de novembro de 2011

As UPA's são unidades de atendimento que funcionam 24 horas ininterruptas, todos os dias da semana, e devem ter o acolhimento com classificação de risco, de forma a estabelecer as prioridades no atendimento, levando em consideração a gravidade do agravo, cumprindo os protocolos clínicos e operacionais. As UPA's como unidades intermediárias devem ter relação direta com a Atenção Primária (UBS e ESF), SAMU 192, Hospitais e unidades de apoio diagnóstico, além da Central de Regulação Médica de Urgência. Os atendimentos das UPA's são prestados na modalidade de consulta médica, procedimentos médicos e de enfermagem aos casos críticos ou de maior gravidade. Prestam apoio diagnóstico com raios-X, exames laboratoriais e eletrocardiograma, nas 24 horas, além de manter pacientes em observação por um período de até 24 horas, tempo esse para esclarecer diagnósticos ou estabilização clínica. A UPA também referencia para unidades de maior complexidade, utilizando o apoio de retaguarda do SAMU 192, sempre que necessitar.

O Estado de Roraima ainda não tem UPA implantada, no entanto, tem projeto de implantação de 1 (uma) unidade de porte III na região oeste da cidade Boa Vista, considerando que é a área mais populosa da capital (em média 180.000 habitantes) e distante do centro da cidade onde está localizado o pronto socorro, essa lógica permite o acesso do usuário ao serviço em menor tempo.

A UPA é uma unidade fundamental na composição da Rede de Urgência, e no Estado de Roraima irá proporcionar a diminuição da sobrecarga do Pronto Socorro Estadual que opera em sua capacidade máxima de atendimento.

4.4 Sala de Estabilização (SE)

A Sala de Estabilização é de acordo com a Portaria GM MS nº 2.338 de 3 de outubro de 2011 a estrutura como um local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos e ou graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde, observados as seguintes diretrizes:

- Funcionar nas 24 horas ininterruptas;
- Manter Equipe interdisciplinar compatíveis com suas atividades;

CONFERE COM O ORIGINAL
Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
IIE/SESAU



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

- Funcionar conforme protocolos clínicos e procedimentos administrativos estabelecidos e ou adotados pelo gestor responsável.
- A Sala de Estabilização deve ser localizada em unidade ou serviço da Rede de Atenção à Saúde, ter retaguarda do SAMU 192 e ser incluída no Plano de Ação das Redes de Atenção às Urgências, conforme determina a Portaria GM MS nº 1.600, de 2011.

4.5 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

Este serviço é mais um componente que faz parte da Rede de Urgência conforme define a Portaria GM MS nº 1.600, de 2011. A SAD é composta por três componentes:

- Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) é aquele substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e equipes multiprofissionais de apoio (EMAP);
- Atenção Domiciliar – modalidade complementar às já existentes, garantindo a promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação em domicílio de forma contínua de cuidados;
- Cuidador – pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

Como componente da rede de urgência deve ser estruturada de forma articulada e integrada aos demais componentes da rede de atenção à saúde, por meio de regulação, conforme estabelecido na Portaria 1.600/2011.

5. COMPONENTE HOSPITALAR – HOSPITAIS POR TIPOLOGIA

O serviço estadual de Urgência e Emergência tem em seu conjunto os serviços de pronto atendimento que são: Pronto Atendimento (Airlon Rocha); Pronto Socorro de Grandes Traumas (Francisco Elesbão), são duas portas que compõem o Hospital Geral de Roraima (HGR) com leitos de O serviço municipal de Urgência e Emergência funciona na unidade de Saúde Hospitalar (Hospital da Criança Santo Antônio – HCSA) com leitos de retaguarda e longa permanência.

A portaria 2.048/2002 define os tipos de Hospitais da Rede de Urgência e Emergência:

- Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência Tipo I;
- Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II;
- Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I;
- Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II;

CONFERE COM O ORIGINAL
Diretora do SAMU
Luzia Silva Rodrigues

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



> Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo III.

As unidades hospitalares gerais de atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, são aquelas instaladas em hospitais de pequeno porte, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao primeiro nível de assistência de média complexidade, funcionando 24 horas do dia, com o mínimo de recursos humanos e tecnológicos, as unidades Tipo II são aquelas instaladas em hospitais de médio porte, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao segundo nível de assistência de média complexidade e devem possuir centro cirúrgico e obstétrico e enfermarias que atendam estas áreas. As unidades de referência são aquelas que realizam atendimento de média e alta complexidade com recursos tecnológicos e humanos. De acordo com a Portaria GM/MS 2.395 de 11 de outubro de 2011, os hospitais da Rede de Urgência são: Hospital geral; Hospital Especializado Tipo I; Hospital Especializado Tipo II.

Demonstra-se a seguir a composição de leitos gerais no Estado de Roraima, distribuídos por

município conforme o quadro a seguir.

Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
- IIE/SESau
CONFERE COM O ORIGINAL



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

5.1 SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA – COMPONENTES DA REDE

Composição dos leitos gerais no Estado de Roraima, distribuídos por município.

5.1.1 QUADRO I - UNIDADES DE SAÚDE NO ESTADO DE BAIXA COMPLEXIDADE

Município	CNES	Tipo de Unidade	Tipologia MS	Leitos Existentes
Alto Alegre	4004876	Hospital Epiácio de Andrade Lucena	Clinico	27
	2319950	Unidade Mista Bom Samaritano	Clinico	10
Bonfim	2320045	Hospital Pedro Álvares Rodrigues	Clinico	18
Caracarái	2476649	Unidade Mista Irmã Aquilina	Clinico	28
Caroebe	2476711	Unidade Mista	Clinico	10
Mucajai	2320886	Hospital Estadual Vereador José Guedes Catão	Clinico	21
Normandia	2320541	Unidade Mista Ruth Quitéria	Clinico	19
Pacaraima	2476827	Hospital Délio de Oliveira Tupinambá	Clinico	31
Rorainópolis	2566141	Hospital Santa Luzia	Clinico	16
São João da Baliza	2476703	Unidade Mista de São João da Baliza	Clinico	16
São Luiz	2320800	Hospital Francisco Ricardo de Macedo	Clinico	21
		Total de Leitos		217

CNES 09/2012

Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SESAU
CONFERE COM O ORIGINAL



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

5.1.2 QUADRO II - UNIDADE DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Município	Tipo de Unidade	Nº Leitos	Gestão
Boa Vista	Hospital Coronel Mota	16	Estadual
	Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth	261	Estadual
	Hospital Geral de Roraima	216	Estadual
	Hospital da Criança Santo Antônio	101	Municipal
	Hospital Unimed	36	Privado
	Hospital da Mulher	12	Privado
TOTAL		642	

CNES 09/2012

5.1.3 QUADRO III - LEITOS DE UTI

Município	Unidade	Nº Leitos	Gestão
Boa Vista	Hospital Geral de Roraima - UTI adulto	07	Estadual
	Hospital da Criança Santo Antônio - UTI Pediátrica	05	Municipal
	Hospital Materno Infantil N. S. de Nazareth - UTI Neonatal	08	Estadual
	TOTAL DE LEITO DE UTI NO ESTADO	20	

Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
CONFERE COM O ORIGINAL



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

5.2 UNIDADES DE SAÚDE DA REDE DE URGÊNCIA - REFERÊNCIA PARA TRAUMA

O Estado de Roraima tem o Hospital Geral como referência para trauma e quadros agudos de natureza clínica e cirúrgica (adulta). O Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) atende criança até 12 anos. As duas unidades atendem toda a demanda oriunda dos demais municípios do Estado e regiões fronteiriças - Venezuela e Guiana. De acordo com a Portaria GM/MS 2.395 de 11 de outubro de 2011, as unidades devem estar organizadas em rede de atenção à saúde, de forma articulada e integrada a todos os outros componentes de saúde. Neste contexto apresenta-se o número de leitos para observação nessa área de atendimento.

5.2.1 QUADRO IV - UNIDADES DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - PRÉ - HOSPITALAR FIXO

Município	Tipo de Unidade	Atendimento	Nº de Leitos (Observação)
		Traumas	
Boa Vista	Hospital Geral de Roraima (HGR)		24
	Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA)	Geral (criança)	15
TOTAL DE LEITOS DE PRONTO SOCORRO			39


Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU

CONFERE COM O ORIGINAL



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

6. PORTAS ESTRATÉGICAS PARA A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

6.1 Classificação:

Portas estratégicas na Rede de Atenção às Urgências são definidas pela Portaria GM/MS nº 2.395 de 11 de outubro de 2011, como entrada nos hospitais de Urgência e serviços instalados em unidades hospitalar para prestar atendimento ininterrupto nas 24 horas, todos os dias da semana, ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e ou traumatológicas. São consideradas unidades estratégicas para a rede de urgência aquelas de referência regional, e que tenham no mínimo 100 leitos cadastrados atendam nas linhas de cuidado: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, pediatria e trauma-ortopedia. Em Roraima apenas os dois hospitais abaixo cumprem a estes critérios.

6.2 QUADRO V - HOSPITAIS PORTAS ESTRATÉGICAS

Município	CNES	Nome	Tipologia MS	Gestão
Boa Vista (gestão estadual)	2319659	Hospital Geral de Roraima (HGR)	Hospital Especializado Tipo II	Estadual
Boa Vista (gestão municipal)	2320681	Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA)	Hospital Especializado Tipo I	Municipal


Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
I/E/SES AU

CONFERE COM O ORIGINAL



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

6.3 QUADRO VI - LEITOS DE RETAGUARDA PARA A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Tipologia MS	Municípios	CNES	Hospitais	Existentes	Proposta de expansão de leitos					
					Ampliação/abertura					Total
					2013	Comp.	2014	Comp.	Total	
Leito clínico	Boa Vista	2319659	HGR	69	60	julho	-	-	60	129
Leito clínico	Boa Vista	2320681	HCSA	55	54	julho	-	-	54	109

Tipologia MS	Municípios	CNES	Hospitais	Existentes	Proposta de expansão de leitos						
					Ampliação/abertura					Total	
					2013	Comp.	2014	Comp.	Total		
Leito de longa permanência	Boa Vista	2319659	HGR	02	10	setembro				10	12
Leito de longa permanência	Boa Vista	2320681	HCSA	0	10	julho	-	-		10	10

Tipologia MS	Municípios	CNES	Hospitais	Existentes	Proposta de expansão de leitos					Total
					Ampliação/abertura					
					2013	Comp.	2014	Comp.	Total	
Leito de UTI	Boa Vista	2319659	HGR	07	10	maio	11	-	21	28
Leito de UTI	Boa Vista	2320681	HCSA	05	05	julho	-	-	05	10
TOTAL GERAL				138	149		11		160	298

Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
UIE/SESAU
CONFERE COM O ORIGINAL



COMISSÃO DE GERENTES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

5.2 UNIDADES DE SAÚDE DA REDE DE URGÊNCIA - REFERÊNCIA PARA TRAUMA

O Estado de Roraima tem o Hospital Geral como referência para trauma e quadros agudos de natureza clínica e cirúrgica (adulto). O Hospital da Criança Santo Antonio (HCSA) atende criança até 12 anos. As duas unidades atendem toda a demanda oriunda dos demais municípios do Estado e regiões fronteiriças - Venezuela e Guiana. De acordo com a Portaria GM/MS 2.395 de 11 de outubro de 2011, as unidades devem estar organizadas em rede de atenção à saúde, de forma articulada e integrada a todos os outros componentes de saúde. Neste contexto apresenta-se o número de leitos para observação nessa área de atendimento.

5.2.1 QUADRO IV - UNIDADES DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - PRÉ - HOSPITALAR FIXO

Município	Tipo de Unidade		Atendimento	Nº de Leitos (Observação)
Boa Vista	Hospital Geral de Roraima (HGR)		Traumas	24
	Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA)		Geral (criança)	15
	TOTAL DE LEITOS DE PRONTO SOCORRO			39

Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU

CONFERE COM O ORIGINAL



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

6.4 QUADRO VII - COMPONENTE SALA DE ESTABILIZAÇÃO

Região	Municípios	População	CNES	Existentes	Proposta de implantação SE				
					Ampliação/abertura				Total
					2013	Comp.	2014	Comp.	
Centro Norte	Amajari	9.327	0	0	-	1	junho	1	1
Sul	Caracarai	18.398	0	0	1	outubro	0	-	1
Centro Norte	Normandia	8.940	0	0	0	-	1	junho	1
Sul	Caroebe	8.114	0	0	0	-	1	outubro	1
Centro Norte	Pacaraima	10.433	0	0	1	outubro			1
Sul	Rorainópolis (Santa Maria do Boiaçu)	24.279	0	0	0	-	1	outubro	1
Centro Norte	Uiramutã	8.375	0	0	0	-	1	outubro	1
TOTAL					0	2	-	5	7

Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
UFES/SAH
CONFERE COM O ORIGINAL



COMISSÃO TERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

7 COMPONENTE PÓS-HOSPITALAR

O componente pós-hospitalar inclui as modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária (BRASIL, 2003). Atenção Domiciliar representa o conjunto de ações em saúde realizadas no domicílio do usuário, geralmente por uma equipe multidisciplinar, a partir da realidade familiar e social em que se encontra inserido. A atuação através das parcerias, retaguardas e de uma rede com referências e contra referências seguras em todas as esferas assistenciais possui caráter fundamental no sucesso do programa. Destacamos a importância da atuação de forma articulada entre UPA/SAD/APS e o binômio paciente-família como co-responsáveis no processo terapêutico, constituindo um novo paradigma no tratamento dos pacientes.

A Atenção Domiciliar tem como objetivo geral disponibilizar para a população um conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção ao paciente com quadro clínico que exija frequência, especificidade de cuidados e tecnologia intermediários entre os oferecidos pela Atenção Primária e o Hospital.

Visa a desospitalização, alta precoce, a otimização do uso de leitos hospitalares, diminuição do risco de infecção hospitalar e de intercorrências em pacientes crônicos.

A despeito de tantas vantagens dessa modalidade, não podemos perder de vista toda a complexidade do trabalho nos domicílios, a saber: trabalhar com famílias em situações de vulnerabilidade, atender pessoas com privação temporária ou definitiva da mobilidade e autonomia, construir rede de apoio a cuidadores, executar em domicílios planos terapêuticos baseados em evidências, trabalhar na ausência da retaguarda física da Instituição.

Assim, considerando a complexidade descrita, destacam-se os seguintes princípios para todas as formas de Atenção Domiciliar: uma


Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
(ESES/SAU)

CONFERE COM O ORIGINAL



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

abordagem integral ao paciente e sua família; o consentimento dos responsáveis para esta forma de assistência; a existência de cuidador (quando o processo terapêutico assim o exigir); adesão do usuário ao plano terapêutico; um trabalho em equipe interdisciplinar; adequada territorialização para adscrição da clientela e inserção nas políticas sociais, estimulando as redes de solidariedade e formação de parcerias.

Tendo em vista os parâmetros populacionais das Portarias nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 e 1.533 de 16 de julho de 2012, no Estado serão implantadas 02 (duas) equipes EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar) e 01 (uma) Equipe de EMAP (Equipe Multiprofissional de Apoio).

8 DO FINANCIAMENTO

8.3 Definição:

Os incentivos financeiros e custeios Federais da Rede de Urgência e Emergência estão definidos através nas Portarias Ministeriais tais como: Portaria GM/MS 2.395 de 11 de outubro de 2011; Portaria GM/MS 1.663 de 06 de agosto de 2012; Portaria GM/MS 2.527 de 27 de outubro de 2011; Portaria GM/MS 2.338 de 03 de outubro de 2011; Portaria GM/MS 2.648 de 07 de novembro de 2011, e estão descritos conforme tabelas abaixo:

8.1.1 QUADRO VIII - CUSTEIO DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

Região de Saúde	Municípios	Condição	CNES	População (hab)	Proposta de implantação UPA					
					Ampliação/abertura					
					2013	2014	Porte	Valor custeio federal mensal (R\$)	Custeio Federal anual - Unidade habilitada e qualificada (R\$)	



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Centro Norte	Boa Vista (gestão estadual)	Nova	-	284.313	1	-	III	500.000,00	6.000.000,00
Total									6.000.000,00

Nota: memória da calculo Portaria GM/MS 1.171/2012

8.1.2 QUADRO IX - CUSTEIO DAS UNIDADES DE ATENDIMENTO DOMICILIAR (EMAD e EMAP)

Região de Saúde	Município	População	EMAD (Equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar)		EMAP (Equipe Multiprofissional de Apoio)		Custeio Federal ANUAL
			CRONOGRAMA	CUSTEIO	CRONOGRAMA	CUSTEIO	
			2013	2013	2013	2013	
Centro Norte	Boa Vista (gestão municipal)	284313	1	414.720,00	-	-	414.720,00
Centro Norte	Boa Vista (gestão estadual)	284313	1	414.720,00	1	72.000,00	486.720,00
TOTAL							901.440,00

Nota: memória da calculo Portaria GM/MS 2.029/2011

Nota 2: A gestão estadual implantará uma equipe EMAD e uma EMAP. A gestão municipal implantará uma equipe AMAD.

Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
CONFERE COM O ORIGINAL



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

8.1.3 QUADRO X - CUSTEIO DE PORTAS ESTRATÉGICAS

Região de Saúde	Município	CNES	Nome fantasia	Tipologia Ministério da Saúde	Valor mensal	Valor anual
Centro Norte	Boa Vista	2319659	HGR	Hospital Especializado Tipo II	300.000,00	3.600.000,00
Centro Norte	Boa Vista	2320681	HCSA	Hospital Especializado Tipo I	200.000,00	2.400.000,00
TOTAL					500.000,00	6.000.000,00

Nota: memória da calculo Portaria GM/MS 2.395/2011

8.1.4 QUADRO XI - CUSTEIO DOS LEITOS DE RETAGUARDA DA ATENÇÃO HOSPITALAR

Tipologia	Município	CNES	Hospital	Existente	Proposta de expansão de leitos					Custeio - Leitos existentes e novos (Ampliação/abertura)	
					Ampliação/abertura					2013	2014
					2013	Comp.	2014	Comp.	Total		
Leito clínico	Boa Vista	2319659	HGR	69	60	julho	-	-	60	5.584.500,00	0
Leito clínico	Boa Vista	2320681	HCSA	55	54	julho	-	-	54	5.026.050,00	0
Leito de longa permanência	Boa Vista	2319659	HGR	2	10	setembro	-	-	10	781.830,00	0
Leito de longa permanência	Boa Vista	2320681	HCSA	0	10	julho	-	-	10	558.450,00	0

Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
UE/SESau

CONFERE COM O ORIGINAL



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Leito de UTI	Boa Vista	2319659	HGR	7	10	março	11	outubro	21	2.628.000,00	2.890.800,00
Leito de UTI	Boa Vista	2320681	HCSA	5	5	agosto	-	-	5	1.314.000,00	0

TOTAL	138	149	11	160	15.892.830,00	2.890.800,00
-------	-----	-----	----	-----	---------------	--------------

Nota: memória da calculo Portaria GM/MS 2.395/2011

8.1.5 QUADRO XII - CUSTEIO DE SALAS DE ESTABILIZAÇÃO (PROPOSTAS PARA 2013 e 2014)

Região	Município	População	CNES	Nome Fantasia	Leitos existentes	Valor mensal Federal	Valor Anual
Centro Norte	Amajari	9.327	2319667	Centro de Saúde Jair da Silva Mota	0	35.000,00	420.000,00
Sul	Caracaraí	18.393	2476649	Unidade Mista de Caracaraí	28	35.000,00	420.000,00
Sul	Caroebe	8.114	2476711	Unidade Mista de Caroebe	10	35.000,00	420.000,00
Centro Norte	Normandia	8.940	2320541	Unidade Mista Ruth Quitéria	19	35.000,00	420.000,00
Centro Norte	Pacaraima	10.433	2476827	Hospital Délio de Oliveira Tupinambá	31	35.000,00	420.000,00
Sul	Rorainópolis	24.279	0	Rorainópolis (Vila Santa Maria do	0	35.000,00	420.000,00

Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
CONFERE COM O ORIGINAL



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Centro Norte	Uiramutã	8.375	2320185	Bolaçu) Centro de Saúde Uiramutã	0	35.000,00	420.000,00
TOTAL					88	245.000,00	2.940.000,00

Nota: memória da calculo Portaria GM/MS 2.338/2011

8.1.6 QUADRO IX - LEITOS EXISTENTES A SEREM QUALIFICADOS

Tipologia MS	Município	CNES	Hospital	Existentes	Leitos existentes a serem qualificados			Custeio - Qualificação Leitos Existentes		
					2013	2014	Total	2013	2014	Total
Leito clínico	Boa Vista	2319659	HGR	69	30	0	30	-	-	1.861.500,00
Leito clínico	Boa Vista	2320681	HCSA	55	27	0	27	-	-	1.675.350,00
Leito de longa permanência	Boa Vista	2319659	HGR	2	0	0	0	-	-	00,00
Leito de longa permanência	Boa Vista	2320681	HCSA	0	0	0	0	-	-	00,00

Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU

CONFERE COM O ORIGINAL



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Leito de UTI	Boa Vista	2319659	HGR	7	6	0	6	-	-	633.242,88
Leito de UTI	Boa Vista	2320681	HCSA	5	4	0	4	-	-	422.161,92

TOTAL	138	67	0	67		00,00	4.592.254,80
-------	-----	----	---	----	--	-------	--------------

Nota: memória da calculo Portaria GM/MS 2.395/2011

8.1.7 QUADRO XIII - CUSTEIO TOTAL ANUAL POR COMPONENTE

Município	Leitos	Porta	UPA	SAD	SE	Total/ano
Boa Vista (gestão estadual)	14.379.872,88	3.600.000,00	6.000.000,00	486.720,00		24.466.592,88
Boa Vista (gestão municipal)	8.996.011,92	2.400.000,00		414.720,00		11.810.731,92
Amaijari					420.000,00	420.000,00
Caracaraí					420.000,00	420.000,00
Caroebe					420.000,00	420.000,00
Normandia					420.000,00	420.000,00
Rorainópolis					420.000,00	420.000,00

Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
CONFERE COM O ORIGINAL



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Pacaraima						420.000,00	420.000,00
Uiramutã						420.000,00	420.000,00
TOTAL	23.375.884,80	6.000.000,00	6.000.000,00	901.440,00	2.940.000,00		39.217.324,80

CONFERE COM O ORIGINAL

Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU

Caro



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

9 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.600 de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.171 de 5 de junho de 2012. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 42 horas da Rede de Atenção às Urgências, Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.657 de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médicas de urgências e o dimensionamento técnico para a operacionalização das centrais SAMU 192, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.338 de 3 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Urgências, Brasília: : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.395 de 11 de outubro de 2011. Organiza o componente hospitalar da rede de atenção às urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.648 de 7 de novembro de 2011. Redefine as diretrizes para a implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. Nota Técnica 29/2011. Brasília, 2011.

GOVERNO DE MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano de Ação Regional Macro Norte. 2ª versão. Belo Horizonte, 2012.

CONFERE COM O ORIGINAL
Luzia Silva Rodrigues
Diretora do SAMU
IIE/SESAU