

## ANEXO MINUTA

### PORTARIA Nº

Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico e queimados e Cuidados Intermediários adulto, pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

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

Considerando o art. 16, inciso III, alínea "d", da Lei Orgânica da Saúde, que confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência para definir e coordenar o sistema de vigilância sanitária;

Considerando o art. 16, inciso XVII, da Lei Orgânica da Saúde, que confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência para acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

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

Considerando a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso.

Considerando o art. 2º, § 1º, inciso I, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que confere ao Ministério da Saúde a competência para formular, acompanhar e avaliar a política nacional de vigilância sanitária e as diretrizes gerais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

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

Considerando a Portaria nº 1.273/GM/MS, de 21 de novembro de 2000, que considera a necessidade de organizar a assistência a pacientes com queimaduras, em serviços hierarquizados e regionalizados, com estreita relação com os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências e com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde;

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

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e a implementação da Rede de Atenção às Urgências;

Considerando a Portaria nº 2.994/GM/MS, de 13 de dezembro de 2011, que aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Orteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS;

Considerando a Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;

Considerando a Resolução - RDC ANVISA nº 07, de 24 de fevereiro de 2010, e suas atualizações subsequentes que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva;

Considerando a Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre indicadores para avaliação de Unidades de Terapia Intensiva; e

Considerando a necessidade de ampliar o acesso e qualificar a assistência especializada em terapia intensiva aos usuários do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º Fica instituído o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico e queimados e Cuidados Intermediários adulto, pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. As Unidades de Terapia Intensiva e as Unidades de Cuidados Intermediários devem articular uma linha de cuidado progressivo, de acordo com a condição clínica e complexidade do cuidado do paciente.

## CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS DO CUIDADO PROGRESSIVO AO PACIENTE CRÍTICO OU GRAVE

Art. 2º O cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave tem como objetivos:

I. Organizar a Atenção ao paciente crítico adulto e pediátrico para que garanta acesso, acolhimento e resolutividade;

II. Garantir o cuidado progressivo por meio de acesso aos diferentes níveis da assistência adulta e pediátrica, pela disponibilização de unidades de cuidados intermediários e intensivos de forma integrada;

III. Garantir a qualificação da atenção e a segurança do paciente nas Unidades de Cuidados Intermediários e Intensivos;

IV. Apoiar a educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção ao paciente crítico ou grave;

V. Induzir a implantação de mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos pacientes críticos no SUS.

## CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

Art. 3º O cuidado intensivo poderá ser realizado em Unidade de Terapia Intensiva - UTI ou Unidades de Cuidados Intermediários - UCI.

§ 1º A Unidade de Terapia Intensiva - UTI é um serviço hospitalar destinado a 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 equipe multidisciplinar especializada, classificadas como:

- I - Unidade de Terapia Intensiva Adulto UTI-a;
- IV - Unidade de Terapia Intensiva Coronariana - UCO;
- V - Unidade de Terapia Intensiva Queimados UTI-q.
- II - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrico UTI-ped; e
- III - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN;

§ 2º A Unidade de Cuidado Intermediário - UCI é um serviço hospitalar destinado a usuários em situação clínica de risco moderado, que requerem monitorização e cuidados semi-intensivos, intermediários entre a unidade de internação e a unidade de terapia intensiva, necessitando de monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada, podendo ser classificada como:

- I. Unidade de Cuidado Intermediário Adulto UCI-a;
- II. Unidade de Cuidado Intermediário Pediátrico UCI-ped
- III. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional - UCINc;
- IV. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru - UCINca.

Art. 4º Os pacientes que necessitem dos cuidados específicos em Unidades de Terapia Intensiva ou Unidades de Cuidados Intermediários e que se encontrem em locais que não disponham destas unidades deverão receber os cuidados necessários para estabilização respiratória e hemodinâmica, para que sua transferência possa ser realizada com segurança.

Parágrafo único. Quando não houver disponibilidade de Unidades de Cuidados Intermediários, os pacientes com essa indicação deverão ser acolhidos em Unidades de Terapia Intensiva.

Art. 5º As diretrizes para organização e critérios de habilitação das UTI neonatal e UCI Neonatal Convencional e Canguru estão estabelecidas em Portaria específica.

## CAPÍTULO III DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIÁRIOS - ADULTO

Art. 6º As Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários - Adulto são destinadas aos pacientes graves ou potencialmente graves, com idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos.

Parágrafo único. Em caso de indisponibilidade de leitos de Unidades de Terapia Intensiva - Pediátrica e Unidade de Cuidados Intermediários Pediátricos, as Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários - Adulto deverão admitir pacientes acima de 12 anos.

### Seção I

Da Qualificação das Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários - Adulto

Art. 7º. Para a qualificação do cuidado ao paciente crítico, com aprimoramento dos processos de trabalho, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos, as unidades de Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários - Adulto devem cumprir os seguintes critérios:

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

II - implementação dos protocolos Básicos de Segurança do Paciente conforme o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

II - adoção de equipes multiprofissionais de acordo com o estipulado para cada unidade, conforme essa Portaria;

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, com equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

IV - prontuário único compartilhado por toda equipe;

V - implantação de mecanismos de gestão da clínica;

V - garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;

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

VII - submissão à auditoria do gestor local;

VIII - regulação integral pelas Centrais de Regulação; e

IX - taxa de ocupação média mensal da unidade de, no mínimo, 90% (noventa por cento).

X - Cumprir os seguintes requisitos de Humanização:

a) Controle de ruído;

b) Controle de iluminação;

c) Climatização;

d) Iluminação natural;

e) Garantia de visitas diárias programadas dos familiares;

f) Garantia de acompanhante aos idosos, de acordo com o previsto em legislação específica;

g) Garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica no mínimo uma vez ao dia.

### Seção II

Da Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (UTI - a)

#### Subseção I

Critérios de Elegibilidade - UTI - a

Art. 8º. São critérios de elegibilidade para admissão em UTI - a:

I - Pacientes com doença pulmonar ou de vias respiratórias nas seguintes condições:

a) Necessidade de ventilação mecânica invasiva ou não-invasiva em pacientes agudamente enfermos;

b) Doença pulmonar, com risco de falência respiratória e/ou obstrução de vias aéreas;

c) Necessidade de suplementação de oxigênio acima de 40% para manter SpO<sub>2</sub> > 92%;

d) Traqueostomia recente (< 48h), com ou sem ventilação mecânica;

e) Lesão de vias aéreas superiores ou inferiores, espontânea ou não, com possibilidade de instabilidade hemodinâmica ou respiratória;

f) Hemoptise maciça que não preencha as indicações anteriores;

g) Tromboembolismo pulmonar com instabilidade respiratória ou hemodinâmica.

II - Pacientes com doença cardiovascular nas seguintes condições:

a) Choque de qualquer etiologia ou necessidade de suporte hemodinâmico com aminas ou outros fármacos vasoativos parenterais;

b) Pós-ressuscitação cardiopulmonar;

c) Síndrome coronariana ou aórtica aguda;

d) Arritmias cardíacas que ameacem a vida, ou que tenham necessidade de cardioversão elétrica ou uso de marcapasso;

e) Insuficiência cardíaca, independente de função sistólica, com risco iminente de insuficiência respiratória ou necessidade de suporte hemodinâmico;

f) Necessidade de monitorização invasiva de pressão arterial ou pressão venosa;

g) Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos intracraniais, cardiovasculares ou endovasculares eletivos ou de urgência, que tenham atual ou potencial comprometimento hemodinâmico, respiratório ou alto risco de sangramento maciço;

h) Emergências hipertensivas.

III - Pacientes com doença neurológica com as seguintes condições:

- Convulsões não responsivas ao tratamento ou com necessidade de infusão contínua de drogas anticonvulsivantes;
- Inflamação aguda ou infecções meningéas, cerebrais ou medulares graves ou com déficit neurológico progressivo;
- Acometimento agudo e grave do sensorio, com risco de broncoaspiração;
- Traumatismo crânio-encefálico moderado a grave com escala de coma de Glasgow < 13 ou tomografia computadorizada com alterações traumáticas agudas;
- Disfunção neuromuscular progressiva com alteração do sensorio ou com risco iminente de depressão ventilatória;
- Sinais de hipertensão intracraniana;
- Após procedimentos neurocirúrgicos com necessidade de monitorização invasiva;
- Pré-operatório de neurocirurgia com deteriorização neurológica;

i) Sinais de compressão medular;

j) Acidente vascular encefálico ou medular agudo de qualquer tipo, incluindo hemorragia subaracnóide aguda;

k) Coma metabólico, tóxico ou anóxico agudo;

l) Paciente em protocolo de morte encefálica.

IV - Pacientes com doença oncológica ou hematológica instável ou sangramento ativo, com as seguintes condições:

- Coagulopatia grave;
- Pacientes com citopenia grave com sangramento ativo ou comprometimento hemodinâmico ou respiratório;
- Síndrome de Lise Tumoral;
- Plasmaférese ou citoaférese em pacientes instáveis;
- Protocolo de transplante de medula óssea.

V - Pacientes com doenças endócrinas e/ou alterações metabólicas ou eletrolíticas de grande monta com descompensação aguda ou crônica agudizada, que causem risco ou instabilidade hemodinâmica ou respiratória, nas seguintes condições:

- Cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar
- Crise tireotóxica ou mixedematosa
- Distúrbios eletrolíticos

VI - Pacientes com doença gastrointestinal instável, com as seguintes condições:

- Sangramento gastrointestinal grave e agudo;
- Insuficiência hepática aguda levando ao coma, instabilidade hemodinâmica ou respiratória;
- Pancreatite aguda grave;
- Perfuração de víscera oca.

VII - Pacientes em pós-operatório necessitando monitorização ou suporte ventilatório ou requerendo intenso cuidado multidisciplinar, com as seguintes condições:

- Cirurgias de grande porte;
- Cirurgias de médio porte com instabilidade hemodinâmica de falência respiratória ou de perviedade de vias aéreas;
- Cirurgias de médio porte em portadores de comorbidades;

d) Transplante de órgãos intracavitários;

e) Politrauma com instabilidade hemodinâmica ou neurológica;

f) Grande perda de sangue per ou pós-operatória imediata.

VIII - Pacientes com doença renal instável, com as seguintes condições:

- Insuficiência renal com necessidade de terapia dialítica ou preencha critérios de admissão hidroeletrólítico ou cardiovascular;
- Rabdomiólise aguda com insuficiência renal.

IX - Doenças de outros sistemas ou vários sistemas:

- Intoxicação exógena com risco de descompensação;
- Disfunção de múltiplos órgãos;
- Hipertermia maligna;
- Grande queimado ou queimadura com risco de comprometimento respiratório;
- Hipotermia levando a instabilidade;
- Acidentes elétricos ou ambientais;
- Sepse com critérios de gravidade;
- Quase-afogamento com instabilidade ou afogamento.

Parágrafo único. Os critérios de alta da Unidade de Terapia Intensiva UTI-a são os descritos para elegibilidade em Unidade de Cuidados Intermediários UCI-a, entretanto, na impossibilidade de implementação do cuidado progressivo entre UTI e UCI, devido à inexistência da Unidade de Cuidados Intermediários - Adulto na instituição, os critérios de alta da UCI - a passam a ser os critérios de alta da UTI - a.

Subseção II

Dos Critérios de Habilitação de UTI - a

Art. 9º As Unidades de Terapia Intensiva adulto poderão ser habilitadas em duas tipologias: Tipo II e Tipo III.

Art. 10. Para habilitação em uma das duas tipologias, o estabelecimento hospitalar deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - Estar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES

II - Possuir, no mínimo, 60 leitos gerais ativos ou operacionais;

III - Dispor, na própria estrutura hospitalar, dos seguintes serviços de apoio diagnóstico e terapêutica:

- Centro cirúrgico;
- Serviço radiológico convencional;
- Serviço de ultrassonografia portátil;
- Serviço de ecodoppler cardiografia;

e) Hemogômetro 24 horas;

f) Serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia.

IV - Garantir acesso em tempo hábil aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica, no hospital ou em outro estabelecimento, por meio de acesso formalizado com grade de referência estabelecida oficialmente e validado pelas centrais de regulação.

- Cirurgia Cardiovascular;
- Cirurgia Vascular;
- Cirurgia Neurológica;
- Cirurgia Ortopédica;
- Cirurgia Urológica;
- Cirurgia Buco - Maxilo facial;
- Radiologia intervencionista;
- Ressonância Magnética;
- Tomografia Computadorizada;
- Anatomia Patológica;
- Agência Transfusional 24 horas;

VI - Cumprir com as normas para ambiência e estrutura física estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.

Art. 11. Para habilitação no SUS, a Unidades de Terapia Intensiva Adulto tipo II deverá dispor, minimamente, dos materiais e equipamentos descritos no Anexo I e II desta Portaria.

Art. 12. Para habilitação, a UTI-a tipo II deverá contar com a seguinte equipe de multiprofissional mínima:

I - 01 (um) médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias, podendo acumular o papel de médico com jornada horizontal, com uma das seguintes titulações:

- título de Especialista em Medicina Intensiva reconhecido pela Associação Médica Brasileira - AMB;
- residência Médica em Medicina Intensiva reconhecida pelo Ministério da Educação.

II - 01 (um) médico com jornada horizontal de 04 (quatro) horas diárias para cada 10 (dez) leitos ou fração com uma das seguintes titulações:

- título de Especialista em Medicina Intensiva reconhecido pela Associação Médica Brasileira - AMB;
- residência Médica em Medicina Intensiva reconhecida pelo Ministério da Educação.

III - 01 (um) médico plantonista, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno com no mínimo três certificações entre as descritas a seguir:

- suporte avançado de vida em cardiologia;
- fundamentos em medicina intensiva;
- via aérea difícil;
- ventilação mecânica; e
- suporte do doente neurológico grave.

IV - 01 (um) enfermeiro coordenador, com jornada horizontal diária mínima de 04 horas com uma das seguintes titulações:

- título de especialista em terapia intensiva reconhecido pelo órgão competente;
- residência em terapia intensiva reconhecida pelo Ministério da Educação;
- 02 anos de experiência profissional mínima comprovada em terapia intensiva adulta.

V - 01 (um) enfermeiro com jornada horizontal de 04 (quatro) horas diárias para cada 10 (dez) leitos ou fração com uma das seguintes titulações:

- título de especialista em terapia intensiva reconhecido pelo órgão competente;
- residência em terapia intensiva reconhecida pelo Ministério da Educação;
- 02 anos de experiência profissional mínima comprovada em terapia intensiva adulta.

VI - 01 (um) enfermeiro assistencial, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno?

VII - 01 (um) fisioterapeuta responsável técnico com jornada horizontal diária mínima de 06 horas com no mínimo 02 anos de experiência profissional comprovada em Unidade de Terapia Intensiva;

VIII - 01 (um) fisioterapeuta assistencial, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno?

IX - 01 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade;

X - 01 (um) psicólogo disponível para a unidade;

XI - Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno;

XII - Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade;

XIII - Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

Parágrafo único. O médico e o enfermeiro poderão assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTI.

Art. 13. Os seguintes recursos assistenciais deverão ser garantidos no hospital por meios próprios ou terceirizados, com os seguintes serviços à beira do leito.

- Assistência nutricional;
- Terapia nutricional (enteral e parenteral);
- Assistência farmacêutica;
- Assistência clínica vascular;
- Assistência clínica cardiovascular;
- Assistência clínica neurológica;
- Assistência clínica ortopédica;
- Assistência clínica urológica;
- Assistência clínica gastroenterológica;
- Assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise;
- Assistência clínica hematológica;
- Assistência clínica hemoterápica;
- Assistência clínica oftalmológica;
- Assistência clínica otorrinolaringológica;

o) Assistência clínica de infectologia;

p) Assistência clínica cirúrgica geral;

q) Assistência clínica ginecológica;

r) Assistência odontológica;

s) Assistência de terapia ocupacional;

t) Assistência social;

u) Assistência endocrinológica;

v) Serviço de radiografia móvel;

w) Serviço de endoscopia digestiva alta e baixa;

x) Serviço de fibrobroncoscopia;

y) Serviço de eletroencefalografia, e

z) Capacidade de comprovação de morte encefálica.

Art. 14. Para habilitação, a Unidade de Terapia Intensiva Adulta - UTI-a tipo III no SUS, deverá cumprir os seguintes critérios:

I - Dispor, minimamente, dos materiais e equipamentos descritos no Anexo desta Portaria para UTI-a tipo III;

II - Cumprir os seguintes critérios, além dos já descritos para a UTI-a Tipo II:

a) Ao menos 50% dos plantonistas com Título de Especialista em Medicina Intensiva ou Residência Médica em Medicina Intensiva, reconhecidas pelo Ministério da Educação, para cada 05 leitos ou fração;

b) Enfermeiro Coordenador com título de especialização em terapia intensiva adulta ou ao menos 05 anos de experiência contínua comprovada de atuação na área;

c) Um enfermeiro plantonista assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 05 leitos ou fração;

d) Responsável Técnico de fisioterapia com especialização em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para modalidade de atuação;

e) Fisioterapeuta assistencial com jornada horizontal diária em pelo menos 01 (um) turno, para cada 10 leitos;

f) Deverá contar com acesso na unidade hospitalar a Tomografia computadorizada, e

g) Anatomia Patológica.

Seção III

Unidade de Terapia Intensiva Especializada em Queimados - Adulto (UTI-q)

Art. 15. A Unidade de Terapia Intensiva especializada em queimados é um serviço hospitalar com no mínimo 05 leitos, destinado aos usuários queimados em situação clínica grave ou de risco, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia ininterruptas, monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas por dia, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

§ 1º Os pacientes que necessitem dos cuidados específicos de Unidades de Terapia Intensiva para Queimados e que se encontrem em locais que não disponham destas unidades, devem receber os cuidados necessários para estabilização respiratória e hemodinâmica, para que sua transferência para UTI-q ou UTI-a possa ser realizada com segurança.

Art. 16. Para habilitação, as Unidades de Terapia Intensiva Especializada em Queimados deverão cumprir os seguintes critérios:

I - Estar localizada em Centros de Referência em Assistência a Queimados;

II - Cumprir os requisitos para habilitação das UTI tipo III, descritas no Art.12 a 14, como equipamentos, materiais e equipe multiprofissional, recursos assistenciais, entre outros citados nessa portaria;

II - Dispor de Assistência em Cirurgia Plástica.

Parágrafo único. Devido à complexidade do cuidado exigido, as UTI-q deverão ser habilitadas como tipo III.

Seção IV

Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO)

Art. 17. Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, ou Unidade Coronariana (UCO) é a unidade de terapia intensiva dedicada ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda.

Art. 18. Para a habilitação em UCO, o estabelecimento hospitalar deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - Cumprir com os requisitos hospitalares exigidos para habilitação de uma UTI-a tipo II ou III;

II - o Hospital deverá ser habilitado como Centro de Referência ou Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular;

III - Contar com Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cardiologia Intervencionista, de acordo com Portaria específica;

IV - Participar da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio - IAM na Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE por indicação do Grupo Condutor Estadual

V - Estar integrado com os demais pontos de atenção de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade ao paciente com Síndrome Coronariana Aguda

Art. 19. Para ser habilitada como UCO, a unidade deverá cumprir os seguintes critérios:

II - Cumprir os requisitos para habilitação das UTI tipo II ou III, descritas no Art.11 a 14, como equipamentos, materiais e equipe multiprofissional, recursos assistenciais, entre outros citados nessa portaria;

Art. 20. A necessidade de Leitos de UCO nas regiões de Saúde deverá estar contida no Plano de Ação Regional da RUE, utilizando-se dos parâmetros de necessidade de leitos dispostos em Portaria específica.

Art. 21. Poderá ser habilitado um percentual mínimo de 20% dos leitos de UCO em Unidades de Terapia Intensiva Adulto tipo II ou III, novas ou já existentes, de acordo com necessidade de leitos de UCO, desde que o Hospital cumpra os critérios específicos dispostos nessa Portaria.

Art. 22. As UCO receberão custeio diferenciado estabelecido na Portaria GM nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011 ou outra que venha a substituí-la, desde que cumpram os critérios de qualificação estabelecidos nessa Portaria.

#### Seção V

Da Unidade de Cuidados Intermediários - Adulto (UCI - a) Subseção I

Critérios de elegibilidade e de inelegibilidade - UCI - a

Art. 23. São critérios de elegibilidade para admissão em UCI - a:

I - Pacientes clínicos ou cirúrgicos egressos da UTI-a que ainda requerem monitorização, avaliação de sinais vitais ou intervenção multidisciplinar, com estabilidade hemodinâmica e respiratória, independente da causa da internação.

II - Pacientes clínicos ou cirúrgicos que requerem monitorização, avaliação de sinais vitais ou intervenção multidisciplinar, com estabilidade hemodinâmica e respiratória, independente da causa e local da internação.

III - Pacientes portadores de doença de vias aéreas ou pulmonar moderada, que necessitam intervenção multidisciplinar e monitorização, incluindo os itens abaixo, mas não restritos a eles:

a) Pacientes com doença pulmonar progressiva (vias aéreas superiores ou inferiores), de gravidade moderada com risco de progressão para insuficiência respiratória ou com potencial obstrutivo;

b) Pacientes que requerem suplementação de oxigênio, através de cateter nasal, óculos nasal, máscara de Hudson e máscara de Venturi;

c) Suporte ventilatório não-invasivo em pacientes egressos da UTI, ou aqueles dependentes cronicamente de ventilação não-invasiva, sem instabilidade respiratória;

d) Pacientes utilizando nebulização contínua ou com intervalos menores que 4/4 horas;

e) Pacientes que requerem monitorização de sinais vitais frequentes com indicação de fisioterapia intensiva;

f) Pacientes que requerem monitorização pela possibilidade de apnéia.

IV - Pacientes portadores de doença cardiovascular moderada, que necessitam intervenção multidisciplinar e monitorização frequente, com as seguintes condições:

a) Pacientes portadores de arritmias cardíacas que não ameacem a vida, com ou sem necessidade de cardioversão ou uso de marcapasso provisório;

b) Pacientes com doença cardíaca que não ameace a vida, podendo ter necessidade de terapia com vasodilatador intravenoso;

c) Pacientes submetidos a procedimentos endovasculares eletivos, que necessitem monitorização e que não tenham comprometimento hemodinâmico ou respiratório;

d) Pacientes egressos da UTI submetidos a procedimentos endovasculares de urgência, que ainda necessitem monitorização, sem comprometimento hemodinâmico ou respiratório;

e) Pacientes egressos da UTI submetidos a procedimentos intratorácicos;

f) Urgências hipertensivas (ausência de evidência de lesão aguda de órgão-alvo);

g) Síndrome coronariana aguda em pacientes egressos da UTI que requerem monitorização e estejam estáveis hemodinamicamente;

h) Insuficiência cardíaca congestiva sem descompensação hemodinâmica e sem risco iminente de ventilação mecânica invasiva.

V - Pacientes portadores de doença neurológica que não ameace a vida e com necessidade de intervenção multidisciplinar, monitorização frequente e avaliação neurológica com intervalos maiores que duas horas, com as seguintes condições:

a) Pacientes com crises convulsivas que respondem à terapia inicial, mas requerem monitorização cardiorrespiratória contínua e que não têm comprometimento hemodinâmico, mas apresentam risco potencial de comprometimento respiratório;

b) Pacientes com inflamação aguda ou infecções do SNC, sem déficit neurológico progressivo, após término do tempo mínimo de isolamento respiratório e antibioticoterapia;

c) Pacientes com acidente vascular encefálico ou medular de qualquer tipo, passada a fase de risco neurológico, incluindo danos secundários e com estabilização, sem necessidade ou previsão de intervenção cirúrgica;

d) Pacientes egressos da UTI após hemorragia subaracnóide que necessitam apenas observação para sinais de vasoespasmó e/ou hidrocefalia, aguardando ou não cirurgia;

e) Pacientes com traumatismo crânio-encefálico leve, com Escala de Coma de Glasgow acima de 13, que apresentem tomografia computadorizada normal, sem sinais ou sintomas neurológicos progressivos;

f) Pacientes com disfunção neuromuscular progressiva, sem alteração do sensorio, que requerem monitorização cardiorespiratória, sem risco iminente de depressão ventilatória.

VI - Pacientes portadores de doença onco-hematológica potencialmente instável ou sangramento que não ameace a vida, mas que necessitam intervenção multidisciplinar e monitorização, com as seguintes condições:

a) Pacientes com anemia grave sem sangramento ativo ou comprometimento hemodinâmico ou respiratório;

b) Pacientes com trombocitopenia, anemia, neutropenia ou tumores sólidos, que estão estáveis, mas apresentam risco de comprometimento cardiopulmonar, necessitando monitorização cardiorespiratória.

VII - Pacientes com alterações metabólicas ou eletrolíticas em resolução ou de pequena monta, sem risco de descompensação aguda, que requerem monitorização cardíaca e intervenção terapêutica, com as seguintes condições:

a) Hiponatremia ou hipernatremia sem alterações clínicas (por exemplo, convulsões e diminuição do sensorio);

b) Hipocalcemia ou hipercalcemia;

c) Hipocalcemia ou hipercalcemia;

d) Hipoglicemia ou hiperglicemia.

VIII - Pacientes com doença gastrointestinal potencialmente instável, que requerem intervenção multidisciplinar e monitorização, com as seguintes condições:

a) Pacientes com sangramento gastrointestinal agudo, sem instabilidade hemodinâmica e respiratória;

b) Pacientes com corpo estranho gastrointestinal e outras doenças gastrointestinais que requerem endoscopia digestiva de urgência, mas sem comprometimento cardiorrespiratório;

c) Pacientes portadores de insuficiência gastrointestinal ou hepatobiliar crônica, na ausência de instabilidade hemodinâmica, respiratória, ou alteração neurológica.

IX - Pacientes em pós-operatório de cirurgia de médio porte, sem instabilidade hemodinâmica ou respiratória.

X - Pacientes portadores de doença renal aguda ou crônica agudizada, que requerem intervenção multidisciplinar e monitorização.

XI - Pacientes com doenças de múltiplos sistemas potencialmente instáveis, que requerem intervenção multidisciplinar e monitorização, com as seguintes condições:

a) Pacientes que requerem a utilização de recursos tecnológicos, como:

- Cuidados com traqueostomia requerendo aspiração traqueal e toilette brônquica .

- Presença de drenos pleurais, após estabilização inicial e que não apresentem comprometimento respiratório ou hemodinâmico.

b) Intoxicação exógena não-complicada, sem comprometimento cardiovascular ou respiratório, que requerem monitorização cardiorespiratória frequente.

c) Pacientes admitidos diretamente de outra instituição ou em serviço de atenção domiciliar, em estabilidade hemodinâmica e respiratória e que contemplem os critérios citados acima.

d) Sepse tratada, sem critérios de gravidade.

e) Pacientes obstétricos admitidos em qualquer ponto da sua gravidez ou período pós-parto para tratamento de toxemia gravídica ou pré-eclâmpsia.

f) Paciente vítima de queimaduras ou alterações cutâneas, como úlcera por pressão, que demandem atenção multidisciplinar e cuidados de enfermagem intensivos.

g) Paciente vítima de quase-afogamento, sem instabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica.

Art. 24. São critérios de inelegibilidade para admissão em UCI - a:

a) Instabilidade hemodinâmica.

b) Instabilidade respiratória e necessidade de ventilação mecânica invasiva.

c) Piora progressiva da função respiratória e necessidade de oxigenioterapia em alto fluxo ou concentrações crescentes.

d) Alterações neurológicas não-estabilizadas, como status epilepticus, traumatismo craniano moderado a grave, escala de Coma de Glasgow < 13.

e) Pacientes em pós-operatório de cirurgias de grande porte, com estabilidade hemodinâmica.

f) Pacientes em pós-operatório de cirurgias de médio porte em pacientes instáveis.

g) Pacientes em pós-operatório de cirurgias de médio porte em pacientes estáveis, porém com comorbidades.

h) Pacientes vítimas de queimadura extensa (SC > 60%), afogamento ou politraumatizado, que tenham risco de sangramento, instabilidade hemodinâmica ou respiratória.

Parágrafo único. Caso a condição do paciente se deteriore e necessite de cuidados acima da capacidade da UCI-a, o paciente deverá ser admitido ou readmitido na UTI-a, consoante com os critérios de admissão na UTI-a.

#### Subseção II

Critérios de alta - UCI - a

Art. 25. A decisão de transferir o paciente para unidade de internação de maior ou menor complexidade ou alta domiciliar será baseada nos seguintes critérios:

I - Pacientes serão avaliados e transferidos para unidades de internação ou internação domiciliar, quando houver resolução da doença ou da condição fisiológica que motivou a internação e quando a necessidade de intervenção multidisciplinar intensiva ou semi-intensiva não for mais necessária.

Parágrafo único. Na impossibilidade de implementação do cuidado progressivo entre UTI e UCI, devido à inexistência da Unidade de Cuidados Intermediários Adulto na instituição, os critérios de alta da UCI - a passam a ser os critérios de alta da UTI - a.

#### Subseção III

Critérios de Habilitação - UCI - a

Art. 26. Para habilitação, a UCI-a no SUS, o estabelecimento hospitalar deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - Funcionar apenas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES, que possua UTI-a tipo II ou III e com garantia de referência para serviços de maior complexidade;

Art. 27. Para habilitação no SUS, a Unidades de Cuidados Intermediários (UCI-a) deverá dispor, minimamente, dos materiais e equipamentos descritos no Anexo I e II desta Portaria.

§1º Para habilitação no SUS, a Unidades de Cuidados Intermediários (UCI-a) deverá contar com a seguinte equipe de multiprofissional mínima:

I - 01 (um) médico com jornada horizontal de 04 (quatro) horas diárias para cada 15 (quinze) leitos ou fração com uma das seguintes titulações:

a) título de Especialista em Medicina Intensiva reconhecido pela Associação Médica Brasileira - AMB;

b) residência Médica em Medicina Intensiva reconhecida pelo Ministério da Educação;

c) mínimo de 02 anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva adulta.

II - 01 (um) médico plantonista, para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno;

III - 01 (um) enfermeiro com jornada horizontal de 04 (quatro) horas diárias para cada 15 (quinze) leitos ou fração com uma das seguintes titulações:

a) título de especialista em terapia intensiva reconhecido pelo órgão competente;

b) residência em terapia intensiva reconhecida pelo Ministério da Educação;

c) no mínimo 02 anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva adulta.

IV - 01 (um) enfermeiro plantonista, para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno?

V - 01 (um) fisioterapeuta assistencial, para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno?

VI - 01 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade;

VII - Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos em cada turno;

VIII - Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade;

IX - Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

§2º Caso o hospital conte com UTI-a e UCI-a, o psicólogo deverá atender as duas unidades, garantido a continuidade do cuidado.

§3º O médico, enfermeiro e fisioterapeuta responsáveis técnicos pela UTI-a deverão também ser responsáveis pela UCI-a, garantindo a continuidade do cuidado e o gerenciamento de leitos, sem prejuízo da existência de um coordenador adjunto específico para a UCI-a.

#### Seção VI

Do Monitoramento das Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários - Adulto

Art. 28 As Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários - Adulto deverão monitorar mensalmente os seguintes indicadores, citado a seguir, sob pena de perda de custeio após 180 (cento e oitenta) dias após habilitação se não os aplicados.

I - Taxa de ocupação operacional;

II - Taxa de mortalidade absoluta e estimada;

III - Tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva;

IV - Taxa de reinternação em 24 horas;

V - Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV);

VI - Taxa de utilização de ventilação mecânica (VM);

VII - Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central;

VIII - Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC);

IX - Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical.

Parágrafo Único. As fórmulas de cálculo dos indicadores estão descritos no Anexo V desta Portaria.

#### CAPÍTULO IV

DA S UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIÁRIOS - PEDIÁTRICO (UTI-ped e UCI-ped)

Art. 29. As Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários - Pediátrica são destinadas aos pacientes graves ou potencialmente graves, com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição.

Parágrafo único. Caso o Hospital não conte com Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários - Adulto, as Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários - Pediátrico deverão acolher os pacientes entre 29 dias e 18 anos.

#### Seção I

Da Qualificação das Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários - Pediátrico (UTI-ped e UCI-ped)

Art. 30. Para a qualificação do cuidado ao paciente crítico, com o aprimoramento dos processos de trabalho, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos, as unidades de Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários - Pediátrico devem cumprir os seguintes critérios:

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

II - implementação dos protocolos de Segurança do Paciente conforme o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

II - Contar com equipes multiprofissionais de acordo com o que está estipulado para cada unidade, conforme essa portaria;

III - Organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, com equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

IV - Manter prontuário único compartilhado por toda equipe;

V - implantação de mecanismos de gestão da clínica;

V - garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;

III - suporte para demais especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;

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

VII - submissão à auditoria do gestor local;

VIII - regulação integral pelas Centrais de Regulação; e

IX - taxa de ocupação média mensal da unidade de, no mínimo, 90% (noventa por cento).

X - Cumprir os seguintes requisitos de Humanização:

a) Controle de ruído;

b) Controle de iluminação;

c) Climatização;

d)Iluminação natural;  
e)Garantia de visitas diárias programadas dos familiares;  
f)Garantia de livre acesso a mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai;  
g)Garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica no mínimo uma vez ao dia.  
Parágrafo Único. Para novos estabelecimentos de saúde que contemplem em seu projeto UTI-ped ou UCI-ped é obrigatória a previsão, no projeto de sua área física, de sala de apoio equipada com sanitários e chuveiros para o responsável pela criança que estiver internado, de forma a garantir condições para o cumprimento do direito da criança e adolescente à acompanhante em tempo integral de acordo com o art. 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Seção II  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - PEDIÁTRICO  
(UTI - ped)

Subseção I  
Critérios de elegibilidade - UTI - ped  
Art. 31. São critérios de elegibilidade para admissão em UTI-ped:

I - Pacientes com doença pulmonar ou de vias respiratórias, com as seguintes condições:  
a)Necessidade de ventilação mecânica invasiva ou não-invasiva em pacientes agudamente enfermos;  
b)Doença pulmonar, com risco de falência respiratória e/ou obstrução de vias aéreas;  
c)Necessidade de suplementação de oxigênio acima de 40% para manter  $SpO_2 > 92\%$ ;  
d)Traqueostomia recente (< 48h), com ou sem ventilação mecânica;  
e)Lesão de vias aéreas, espontânea ou não, com possibilidade de instabilidade hemodinâmica ou respiratória;  
f)Necessidade de terapia broncodilatadora inalatória com intervalos que 3/3h ou em infusão contínua;  
g)Tromboembolismo pulmonar com instabilidade respiratória ou hemodinâmica.

II - Pacientes com doença cardiovascular, com as seguintes condições:

a)Choque de qualquer etiologia ou necessidade de suporte hemodinâmico com aminas ou outros fármacos vasoativos parenterais;

b)Pós-ressuscitação cardiopulmonar;  
c)Arritmias cardíacas que ameacem a vida, ou que tenham necessidade de cardioversão ou uso de marcapasso;  
d)Insuficiência cardíaca, independente de função sistólica, com risco iminente de insuficiência respiratória ou necessidade de suporte hemodinâmico;  
e)Após procedimentos intratorácicos e cardiovasculares de alto risco;  
f)Necessidade de monitorização invasiva de pressões arteriais ou venosas;  
g)Cardiopatias congênitas, com instabilidade cardiopulmonar;

h)Urgências ou Emergências Hipertensivas.  
III - Pacientes com doença neurológica, com as seguintes condições:

a)Convulsões não responsivas ao tratamento ou com necessidade de infusão contínua de drogas anticonvulsivantes;  
b)Acometimento agudo e grave do sensorio, com risco de broncoaspiração;  
c)Inflamação aguda ou infecções meningéas, cerebrais ou medulares graves ou com déficit neurológico progressivo;  
d)Traumatismo crânio-encefálico moderado a grave com escala de coma de Glasgow < 13 ou tomografia computadorizada com alterações traumáticas agudas;  
e)Disfunção neuromuscular progressiva com alteração do sensorio ou com risco iminente de depressão ventilatória;  
f)Sinais de hipertensão intracraniana;  
g)Após procedimentos neurocirúrgicos com necessidade de monitorização invasiva;  
h)Pré-operatório de neurocirurgia com deteriorização neurológica;

i)Sinais de compressão medular;  
j)Acidente vascular encefálico ou medular agudo de qualquer tipo, incluindo hemorragia subaracnóideia aguda;  
k)Coma metabólico, tóxico ou anóxico agudo;  
l)Paciente em protocolo de morte encefálica.

IV - Pacientes com doença oncológica ou hematológica instável ou sangramento ativo, com as seguintes condições:

a)Coagulopatia grave;  
b)Complicações graves da doença falciforme, como crise torácica, acidente vascular cerebral, anemia aplásica com instabilidade hemodinâmica;  
c)Citopenia grave com instabilidade hemodinâmica e/ou comprometimento respiratório;  
d)Risco de Síndrome de Lise Tumoral;  
e)Protocolo de transplante de medula óssea;  
f)Exsanguíneotransfusão, plasmáfereze ou leucoafereze em pacientes instáveis;  
g)Tumores ou massas comprimindo vasos, órgãos vitais ou vias aéreas.

V - Pacientes com alterações metabólicas ou eletrolíticas de grande monta, em descompensação aguda ou crônica agudizada, que causem risco ou instabilidade hemodinâmica ou respiratória, com as seguintes condições:

a)Cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar;  
b)Crise tireotóxica ou mixedematosa;  
c)Hiperpotassemia necessitando monitorização cardíaca e terapêutica específica;  
d)Hipo/hipernatremia grave;

e)Hipo/hiperglicemia leve;  
f)Hipo/hiperglicemia necessitando monitorização invasiva;  
g)Acidose metabólica grave necessitando monitorização e terapêutica específica;  
h)Erro inato do metabolismo com deteriorização aguda, necessitando suporte respiratório, diálise ou outra terapêutica intervencionista.

VI - Pacientes com doença gastrointestinal instável, com as seguintes condições:

a)Sangramento gastrointestinal grave e agudo;  
b)Insuficiência hepática aguda levando ao coma, instabilidade hemodinâmica ou respiratória;  
c)Pancreatite aguda grave;  
d)Perfuração de víscera oca.

VII - Pacientes em pós-operatório necessitando monitorização e com possibilidade de intervenção, com as seguintes condições:

a)Pós-operatório de cirurgia cardiovascular, neurocirúrgica, torácica, crânio-facial e ortopédica;  
b)Cirurgias de grande porte;  
c)Cirurgias de médio porte com instabilidade hemodinâmica ou risco de falência respiratória ou de perviedade de vias aéreas;  
d)Cirurgias de médio porte em portadores de comorbidades;

e)Transplante de órgãos intracavitários;  
f)Politrauma com instabilidade hemodinâmica ou neurológica;

g)Grande perda de sangue per- ou pós-operatória imediata.  
VIII - Pacientes com doença renal instável, com as seguintes condições:

a)Insuficiência renal;  
b)Necessidade de terapia dialítica e instabilidade hemodinâmica;

c)Rabdomiólise aguda com insuficiência renal.

IX - Pacientes com doenças de outros sistemas ou vários sistemas, com as seguintes condições:

a)Intoxicação exógena com risco de descompensação;  
b)Disfunção de múltiplos órgãos;  
c)Hipotermia;  
d)Hipertermia maligna;  
e)Queimaduras acima de 10% superfície corporal;  
f)Acidentes elétricos ou ambientais;  
g)Sepses com critérios de gravidade;  
h)Quase-afogamento com instabilidade ou afogamento.

Parágrafo único. Os critérios de elegibilidade da UCI - ped são os critérios de alta da UTI - ped, apenas na impossibilidade de implementação do cuidado progressivo entre UTI e UCI, devido à inexistência da Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico na instituição, os critérios de alta da UCI - ped passam a ser os critérios de alta da UTI - ped.

Subseção II  
Dos critérios de habilitação de UTI - ped  
Art. 32. As Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica poderão ser habilitadas em duas tipologias: Tipo II e Tipo III.

Art. 33. Para habilitação em uma das duas tipologias, o estabelecimento hospitalar deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - Estar cadastrado Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES

II - Possuir, no mínimo, 60 leitos gerais ativos;

III - Dispor, na própria estrutura hospitalar, dos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica:

a) Centro cirúrgico;  
b) Serviço radiológico convencional;  
c) Serviço de ultrassonografia portátil;  
d) Serviço de ecodoppler cardiografia;  
e) Hemogasômetro 24 horas;  
f) Serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia.

IV - Garantir acesso em tempo hábil aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica, no hospital ou em outro estabelecimento, por meio de acesso formalizado com grade de referência estabelecida oficialmente e validada pelas centrais de regulação.

a)Cirurgia Cardiovascular;  
b)Cirurgia Vascular;  
c)Cirurgia Neurológica;  
d)Cirurgia Ortopédica;  
e)Cirurgia Urológica;  
f)Cirurgia Buco - Maxilo facial;  
g)Radiologia intervencionista;  
h)Ressonância Magnética;  
i)Tomografia Computadorizada;  
j)Anatomia Patológica;  
k)Exame Comprobatório de fluxo sanguíneo encefálico;  
l)Agência Transfusional 24 horas;  
m)Assistência Clínica de Genética.

V - Cumprir com as normas para ambiência e estrutura física estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - AN-VISA.

Art. 34. Para habilitação no SUS, a Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica tipo II deverá dispor minimamente dos materiais e equipamentos descritos no Anexo III e IV desta Portaria.

Art. 35. Para habilitação, a UTI-ped tipo II deverá contar com a seguinte equipe multiprofissional mínima:

I - 01 (um) médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias, podendo acumular o papel de médico com jornada horizontal, com uma das seguintes titulações:

a)Certificado de habilitação em medicina Intensiva Pediátrica reconhecido pela Associação Médica Brasileira - AMB;  
b)Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação.  
c)mínimo de 02 anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva pediátrica.

II - 01 (um) médico com jornada horizontal de 04 (quatro) horas diárias para cada 10 (dez) leitos ou fração com uma das seguintes titulações:

a)certificado de habilitação em medicina Intensiva Pediátrica reconhecido pela Associação Médica Brasileira - AMB;  
b)residência Médica em medicina intensiva Pediátrica, reconhecida pelo Ministério da Educação.  
c)mínimo de 02 anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva pediátrica.

III - 01 (um) médico plantonista, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno com no mínimo três certificações em:

a)suporte avançado de vida em pediatria;  
b)fundamentos em medicina intensiva pediátrica;  
c)via aérea difícil;  
d)ventilação mecânica;  
e)suporte do doente pediátrico grave.

IV - 01 (um) enfermeiro coordenador com jornada mínima de 4 horas diárias, podendo acumular o papel de enfermeiro com jornada horizontal, com uma das seguintes titulações:

a)título de especialista em terapia intensiva reconhecido pelo órgão competente;  
b)residência em terapia intensiva reconhecida pelo Ministério da Educação;  
c)02 anos de experiência profissional mínima comprovada em terapia intensiva pediátrica.

V - 01 (um) enfermeiro com jornada horizontal de 04 (quatro) horas diárias para cada 10 (dez) leitos ou fração com uma das seguintes titulações:

a)título de especialista em terapia intensiva reconhecido pelo órgão competente;  
b)residência em terapia intensiva reconhecida pelo Ministério da Educação;  
c)02 anos de experiência profissional mínima comprovada em terapia intensiva pediátrica.

VI - 01 (um) enfermeiro plantonista, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno?

VII - 01 (um) fisioterapeuta responsável técnico com jornada horizontal diária mínima de 06 horas com no mínimo 02 anos de experiência profissional comprovada em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;

VIII - 01 (um) fisioterapeuta assistencial, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno?

IX - 01 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade;

X - 01 (um) psicólogo disponível para a unidade;

XI - Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno;

XII- Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade;

XII - Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

Parágrafo único. O médico e o enfermeiro poderão assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTI.

Art. 36. Os seguintes recursos assistenciais deverão ser garantidos por meios próprios ou terceirizados, com os seguintes serviços à beira do leito.

a)Assistência nutricional;  
b)Terapia nutricional (enteral e parenteral);  
c)Assistência farmacêutica;  
d)Assistência clínica vascular;  
e)Assistência clínica cardiovascular;  
f)Assistência clínica neurológica;  
g)Assistência clínica ortopédica;  
h)Assistência clínica urológica;  
i)Assistência clínica gastroenterologia;  
j)Assistência clínica nefrologia, incluindo hemodiálise;  
k)Assistência clínica hematológica;  
l)Assistência clínica hemoterapia;  
m)Assistência clínica oftalmológica;  
n)Assistência clínica otorrinolaringológica;  
o)Assistência clínica de infectologia;  
p)Assistência clínica cirúrgica pediátrica;  
q)Assistência odontológica;  
r)Assistência de terapia ocupacional;  
s)Assistência social;  
t)Assistência endocrinológica;  
u)Serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria;  
v)Serviço de radiografia móvel;  
w)Serviço de Endoscopia digestiva alta e baixa;  
x)Serviço de fibrobroncoscopia;  
y)Serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica;  
z)Serviço de Eletroencefalografia;

aa)Capacidade de comprovação de morte encefálica.  
bb)Serviço de manipulação de dieta ou Lactário.

Art. 37. Para habilitação, a Unidade de Terapia Intensiva - UTI-ped tipo III no SUS, deverá cumprir os seguintes critérios:

I - Dispor, minimamente, dos materiais e equipamentos descritos no Anexo III e IV desta Portaria;

II - Cumprir os seguintes critérios, além dos já exigidos para a UTI-ped Tipo II:

a)Ao menos 50% dos plantonistas com certificado de habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pela Associação Médica Brasileira - AMB, para cada 05 leitos ou fração;  
b)Enfermeiro Coordenador com título de especialização em terapia intensiva pediátrica ou ao menos 05 anos de experiência contínua comprovada de atuação na área;  
c)Um enfermeiro plantonista assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 5 leitos ou fração;

Responsável Técnico de fisioterapia com especialização em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para modalidade de atuação;

e) Fisioterapeuta assistencial com jornada horizontal diária em pelo menos 01 (um) turno para cada 10 leitos;

f) Deverá contar com acesso na unidade hospitalar a Tomografia computadorizada e Anatomia Patológica.

### Seção III

Unidade de Cuidados Intermediários - Pediátrico (UCI - ped)

#### Subseção I

Critérios de elegibilidade e inelegibilidade - UCI - ped

Art. 38. São critérios de elegibilidade para admissão em UCI - ped:

I - Pacientes clínicos ou cirúrgicos egressos da UTI-ped que ainda requeiram monitorização, avaliação de sinais vitais ou intervenção multidisciplinar, com estabilidade hemodinâmica e respiratória, independente da causa da internação.

II - Pacientes clínicos ou cirúrgicos que requeiram monitorização, avaliação de sinais vitais ou intervenção multidisciplinar, com estabilidade hemodinâmica e respiratória, independente da causa e local da internação.

III - Pacientes portadores de doença de vias aéreas ou pulmonar moderada, que necessitam intervenção multidisciplinar e monitorização, incluindo os itens abaixo, mas não restritos a eles:

a) Pacientes com doença pulmonar progressiva (vias aéreas superiores ou inferiores), de gravidade moderada com risco de progressão para insuficiência respiratória ou com potencial obstrutivo;

b) Pacientes que requerem suplementação de oxigênio, através de cateter nasal, óculos nasal, máscara de Hudson, máscara de Venturi, capacet e tenda;

c) Suporte ventilatório não invasivo em pacientes egressos da UTIP ou UTIN, ou aqueles dependentes cronicamente de ventilação não-invasiva, sem instabilidade respiratória;

d) Pacientes utilizando nebulização contínua ou com intervalos menores que 3/3 horas;

e) Pacientes que requeiram monitorização de sinais vitais com indicação de fisioterapia intensiva;

f) Pacientes com indicação de monitorização pela possibilidade de apnéia.

IV - Pacientes portadores de doença cardiovascular moderada, que necessitam intervenção multidisciplinar e monitorização, com as seguintes condições:

a) Pacientes portadores de arritmias que não ameacem a vida, sem necessidade de cardioversão;

b) Pacientes submetidos a procedimentos intravasculares e cirurgias intratorácicas, incluindo ligadura de canal arterial, shunts vasculares e colocação de marcapasso permanente, sem comprometimento hemodinâmico ou respiratório.

V - Pacientes portadores de doença neurológica que não ameace a vida e com necessidade de intervenção multidisciplinar, monitorização e avaliação neurológica com intervalos maiores que duas horas, com as seguintes condições:

a) Pacientes com crises convulsivas que respondem à terapia inicial, mas requerem monitorização cardiorrespiratória contínua e que não têm comprometimento hemodinâmico, mas apresentam risco potencial de comprometimento respiratório;

b) Pacientes com inflamação aguda ou infecções do SNC, sem déficit neurológico progressivo, após término do tempo mínimo de isolamento respiratório e antibioticoterapia;

c) Pacientes com traumatismo crânio-encefálico leve, com Escala de Coma de Glasgow acima de 13, que apresentem tomografia computadorizada normal, sem sinais ou sintomas neurológicos progressivos;

d) Pacientes com disfunção neuromuscular progressiva, sem alteração do sensorio, que requeiram monitorização cardiorrespiratória, sem risco iminente de depressão ventilatória;

e) Pacientes neurocirúrgicos com ventriculotomia em antibioticoterapia, aguardando derivação ventriculo-peritoneal.

VI - Pacientes portadores de doença onco-hematológica potencialmente instável ou sangramento que não ameace a vida, mas que necessitam intervenção multidisciplinar e monitorização, com as seguintes condições:

a) Pacientes com anemia grave sem sangramento ativo ou comprometimento hemodinâmico ou respiratório;

b) Pacientes portadores de anemia falciforme, com complicações moderadas, como desconforto respiratório, porém sem Síndrome Torácica Aguda;

c) Pacientes com trombocitopenia, anemia, neutropenia ou tumores sólidos, que estão estáveis, mas apresentam risco de comprometimento cardiopulmonar, necessitando monitorização cardiorrespiratória.

VII - Pacientes com doença endocrinológica ou metabólica potencialmente instável, que requerem intervenção multidisciplinar e monitorização, com as seguintes condições:

a) Pacientes portadores de Erros Inatos do Metabolismo, que requerem monitorização cardiorrespiratória.

VIII - Pacientes com doença gastrointestinal potencialmente instável, que requerem intervenção multidisciplinar e monitorização, com as seguintes condições:

a) Pacientes com sangramento gastrointestinal agudo, sem instabilidade hemodinâmica e respiratória;

b) Pacientes com corpo estranho gastrointestinal e outras doenças gastrointestinais que requerem endoscopia digestiva de urgência, mas sem comprometimento cardiorrespiratório;

c) Pacientes portadores de insuficiência gastrointestinal ou hepatobiliar crônica, na ausência de instabilidade hemodinâmica, respiratória, ou alteração neurológica.

IX - Pacientes em pós-operatório de cirurgia de médio porte, sem instabilidade hemodinâmica ou respiratória.

X - Pacientes portadores de doença renal potencialmente instável, que requerem intervenção multidisciplinar e monitorização, com as seguintes condições:

a) Pacientes com hipertensão arterial sistêmica, sem convulsões, encefalopatia ou outros sintomas, que requerem terapia com medicação oral ou intravenosa intermitente;

b) Pacientes portadores de Síndrome Nefrótica não complicada, com hipertensão arterial crônica, que demandam monitorização da pressão arterial;

c) Pacientes que requerem hemodiálise ou diálise peritoneal cronicamente, sem instabilidade hemodinâmica.

XI - Pacientes com doenças de múltiplos sistemas potencialmente instáveis, que requerem intervenção multidisciplinar e monitorização freqüente, com as seguintes condições:

a) Pacientes que requerem a utilização de recursos tecnológicos, como: Cuidados com traqueostomia requerendo aspiração traqueal e toilette brônquica ou presença de drenos pleurais, após estabilização inicial e que não apresentem comprometimento respiratório ou hemodinâmico.

b) Intoxicação exógena não-complicada, sem comprometimento cardiovascular ou respiratório, que requeiram monitorização cardiorrespiratória.

c) Pacientes admitidos diretamente de outra instituição ou em Serviço de Atenção Domiciliar, em estabilidade hemodinâmica e respiratória e que contemplem os critérios citados acima.

d) Sepsis tratada, sem critérios de gravidade.

e) Paciente vítima de queimaduras ou alterações cutâneas, como úlceras por pressão, que demandem atenção multidisciplinar e cuidados de enfermagem intensivos.

f) Paciente vítima de quase-afogamento, sem instabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica.

Art. 39. São critérios de inelegibilidade para admissão em UCI - ped:

a) Instabilidade hemodinâmica.

b) Instabilidade respiratória e necessidade de ventilação mecânica invasiva.

c) Piora progressiva da função respiratória e necessidade de oxigenioterapia em alto fluxo ou concentrações crescentes.

d) Alterações neurológicas não estabilizadas, como status epilepticus, traumatismo craniano moderado a grave, Escala de Coma de Glasgow <13.

e) Pacientes em insuficiência renal aguda, crônica agudizada ou com indicação de início de terapia dialítica agudamente.

f) Pacientes em pós-operatório de cirurgias de grande porte, com estabilidade hemodinâmica.

g) Pacientes em pós-operatório de cirurgias de médio porte em pacientes instáveis.

h) Pacientes em pós-operatório de cirurgias de médio porte em pacientes estáveis, porém com comorbidades.

i) Pacientes vítimas de queimadura extensa (SC >60%), afogamento ou politraumatizado, que tenham risco de sangramento, instabilidade hemodinâmica ou respiratória.

Parágrafo único. Caso a condição do paciente se deteriore e necessite de cuidados acima da capacidade da UCI-ped, o paciente deverá ser admitido ou readmitido na UTI-ped, consoante com os critérios de admissão na UTI-ped.

#### Subseção III

Critérios de alta - UCI - ped

Art. 40. A decisão de transferir o paciente para unidade de internação de maior ou menor complexidade ou alta domiciliar será baseada nos seguintes critérios:

I - Pacientes serão avaliados e transferidos para unidades de internação ou internação domiciliar, quando houver resolução da doença ou da condição fisiológica que motivou a internação e quando a necessidade de intervenção multidisciplinar não for mais necessária.

Parágrafo único. Na impossibilidade de implementação do cuidado progressivo entre UTI-ped e UCI-ped, devido à inexistência da Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico na instituição, os critérios de alta da UCI - ped passam a ser os critérios de alta da UTI - ped.

#### Subseção IV

Critérios de Habilitação - UCI - ped

Art. 41. Para habilitação em UCI-ped, o estabelecimento hospitalar deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - A Unidade deverá funcionar em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES, que possua UTI-ped e com garantia de referência para serviços de maior complexidade;

Art. 42. Para habilitação no SUS, a Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico deverá dispor minimamente dos materiais e equipamentos descritos no Anexo III e IV desta Portaria.

§ 1º. Para habilitação, a UCI-ped deverá contar com a seguinte equipe de multiprofissional mínima:

I - 01 (um) médico com jornada horizontal de 04 (quatro) horas diárias para cada 15 (quinze) leitos ou fração com uma das seguintes titulações:

a) certificado de habilitação em medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pela Associação Médica Brasileira - AMB;

b) residência Médica em medicina intensiva Pediátrica, reconhecida pelo Ministério da Educação;

c) mínimo de 2 (dois) anos de experiência em terapia intensiva pediátrica.

II - 01 (um) médico plantonista, para cada 15 (quinze) leitos ou fração;

III - 01 (um) enfermeiro com jornada horizontal de 04 (quatro) horas diárias para cada 15 (quinze) leitos ou fração com uma das seguintes titulações:

a) título de especialista em terapia intensiva pediátrica reconhecido pelo órgão competente;

b) residência em terapia intensiva pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação;

c) 02 anos de experiência profissional mínima comprovada em terapia intensiva pediátrica.

V - 01 (um) enfermeiro plantonista, para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno?

VII - 01 (um) fisioterapeuta plantonista, para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno?

VIII - 01 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade;

X - Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos em cada turno;

XI - Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade;

XII - Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

§ 2º Caso o hospital conte com UTI-a e UCI-a, o psicólogo deverá atender as duas unidades, garantido a continuidade do cuidado.

§ 3º O médico, enfermeiro e fisioterapeuta responsáveis técnicos pela UTI-ped deverão também ser responsáveis pela UCI-ped, garantindo a continuidade do cuidado e o gerenciamento de leitos.

#### Seção IV

Do Monitoramento das Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários - Pediátrico (UTI-ped e UCI-ped)

Art. 43. As Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários - Pediátrico deverão monitorar mensalmente os seguintes indicadores, citado a seguir, sob pena de perda de custeio após 180 (cento e oitenta) dias após habilitação se não os aplicados.

I - Taxa de ocupação operacional;

II - Taxa de mortalidade absoluta e estimada;

III - Tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva;

IV - Taxa de reinternação em 24 horas;

V - Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV);

VI - Taxa de utilização de ventilação mecânica (VM);

VII - Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central;

VIII - Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC);

IX - Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical. Parágrafo único. As fórmulas de cálculo dos indicadores estão descritas no Anexo V desta Portaria.

#### CAPÍTULO VII

#### NORMAS E CRITÉRIOS PARA HABILITAÇÃO

Art. 44. Para fins desta Portaria, serão considerados os seguintes conceitos:

I - Credenciamento de Unidades de Terapia Intensiva é o ato do respectivo Gestor Municipal e/ou Estadual ou do Distrito Federal do SUS de contratar hospital cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para prestar serviço na área de cuidados intensivos de acordo com os critérios estabelecidos nessa Portaria;

II - Habilitação de Unidades de Terapia Intensiva e habilitação de Unidades de Cuidado Intermediário é o ato do Gestor Federal que ratifica o credenciamento do Gestor Municipal e/ou Estadual e do Distrito Federal do SUS, com os documentos estabelecidos nessa portaria devidamente encaminhado ao Ministério da Saúde pelo respectivo Gestor Estadual e Distrito Federal do SUS.

Art. 45. O processo de habilitação de Unidades de Terapia Intensiva e Unidades de Cuidado Intermediário deverá seguir o seguinte trâmite:

I - Solicitação por parte do estabelecimento de saúde ao respectivo Gestor do SUS, Municipal ou Estadual ou Distrito Federal de credenciamento em uma das tipologias: UTI Adulto ou Pediátrico tipo II ou tipo III, UCO, UTI-q, UCI Adulto ou Pediátrica;

II - A Secretaria de Estado da Saúde ou Secretaria municipal de Saúde deverá atualizar as informações no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES.

III - A Secretaria de Estado da Saúde encaminhará à Coordenação Geral de Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência da Secretaria de Atenção à Saúde (CGHOSP/DAHU/SAS) a seguinte documentação:

a) Ofício solicitando habilitação, constando nome do hospital, número de cadastro no SCNES, número de leitos e tipologia.

b) Declaração assinada pelo gestor municipal e/ou estadual ou do Distrito Federal do SUS atestando o cumprimento das normas estabelecidas pela Anvisa;

c) Declaração assinada pelo gestor municipal e/ou estadual ou do Distrito Federal do SUS atestando o cumprimento dos critérios estabelecidos nessa portaria.

d) A definição dos fluxos, com a grade de referência e contra referência aprovada pela CIB ou CIR;

e) O Plano de Ação regional da Rede Cegonha ou Rede de Atenção às Urgências e Emergências, quando couber.

§ 1º O processo de credenciamento da Unidade deverá ficar na posse do gestor estadual do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria, incluindo o Relatório de vistoria da Vigilância Sanitária, com a avaliação das condições de funcionamento da Unidade.

§ 2º Em caso de parecer favorável pela CGHOSP/DAHU/SAS, a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS tomará as providências para a publicação de portaria de habilitação.

§ 3º Caso haja pendências nos documentos enviados pelo gestor estadual, o Ministério da Saúde encaminhará à Secretaria de Estado da Saúde ofício para conhecimento, manifestação e providências.

§ 4º O MS poderá realizar vistoria in loco para avaliar os critérios de habilitação a qualquer tempo.

**CAPÍTULO VIII  
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 46. As Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico deverão ser custeadas de acordo com as Portarias específicas vigentes, podendo receber o custeio diferenciado caso estejam incluídas nos Planos de Ação Regional da Rede Cegonha ou Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE.

Art. 47. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá regulamentar os procedimentos hospitalares do SIH/SUS para fins de remuneração das Unidades de Cuidados Intermediário Adulto e Pediátrico de acordo com os valores e a fórmula de cálculo estabelecida no Anexo VI desta Portaria.

Parágrafo Único. Será incluído na Tabela de Leitos Complementares do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o tipo de leito de Unidade de Cuidados In-

termediários Adulto (UCI-a) e Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico (UCI-ped).

Art. 48. As Unidades de Terapia Intensiva habilitada como tipo II ou tipo III de acordo a Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 terão 365 dias a partir da data de publicação desta Portaria para se adequarem às normas estabelecidas, devendo o gestor estadual solicitar nova habilitação.

§1º As Unidades de Terapia Intensiva tipo I ainda existentes deverão se habilitar como UTI ou UCI em até 365 dias após a data de publicação desta Portaria.

Art. 49. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá regulamentar os procedimentos hospitalares do SIH/SUS para fins de remuneração das Unidades de Cuidados Intermediário Adulto e Pediátrico de acordo com os valores e a fórmula de cálculo estabelecida no Anexo VI desta Portaria.

Art. 50. Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS/MS) adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS da Secretaria-Executiva (DATASUS/SE/MS), para o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 51. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 52. Fica revogada a Portaria nº 3.432/GM/MS, de 12 de agosto de 1998; os artigos 6º e 7º da Portaria 2.994/GM/MS, de 13 de dezembro de 2011.

ARTHUR CHIORO

**ANEXO I**

**Materiais e equipamentos - Unidades Intensivas e Intermediárias Adulto**

Equipamentos	UTI-a tipo II	UTI-a tipo III / UTQ	UCO	UCI - a
"Maleta" (kit) para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências	01 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração	01 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração	01 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração	01 (uma) para cada 15 (quinze) leitos ou fração
Maca para transporte, com grades laterais, com suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos, suporte para cilindro de oxigênio	01 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração	01 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração	01 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração	01 (uma) para cada 15 (quinze) leitos ou fração
Monitor para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, cardioscopia, frequência respiratória), específico para transporte, com bateria	01 (um) para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada 10 (dez) leitos	01 (uma) para cada 15 (quinze) leitos ou fração
Cilindro transportável de oxigênio	01 (um) por unidade	1 (um) por unidade	1 (um) por unidade	1 (um) por unidade
Cama hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízios	01 (uma) por leito	1 (uma) por leito	1 (uma) por leito	1 (uma) por leito
Poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para paciente	01 (um) por leito	01 (um) por leito	01 (um) por leito	01 (um) por leito
Equipamentos	UTI-a tipo II	UTI-a tipo III / UTQ	UCO	UCI - a
Conjunto padronizado de beira de leito contendo: estetoscópio, fita métrica, kit reanimador manual tipo bolsa auto-inflável com máscara e reservatório, termômetro	01 (um) para cada leito. RESERVA: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos	01 (um) para cada leito. RESERVA: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos	01 (um) para cada leito. RESERVA: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos	01 (um) para cada leito. RESERVA: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos
Equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão")	04 (quatro) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 03 (três) leitos.	04 (quatro) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 03 (três) leitos.	04 (quatro) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 03 (três) leitos.	02 (dois) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 05 (três) leitos.
Conjunto de nebulização, em máscara	01 (um) conjunto para cada leito. RESERVA: 02 (dois) conjuntos para cada 05 leitos.	01 (um) conjunto para cada leito. RESERVA: 02 (dois) conjuntos para cada 05 leitos.	01 (um) conjunto para cada leito. RESERVA: 02 (dois) conjuntos para cada 05 leitos.	01 (um) conjunto para cada leito. RESERVA: 02 (dois) conjuntos para cada 05 leitos.
Máscara facial (Venturi) que permite diferentes concentrações de oxigênio	01 (um) para cada 02 (dois) leitos	01 (um) para cada 02 (dois) leitos	01 (um) para cada 02 (dois) leitos	01 (um) para cada leito.
Material para monitorização de pressão venosa central	01 (um) para cada 02 (dois) leitos	01 (um) para cada 02 (dois) leitos	01 (um) para cada 02 (dois) leitos	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos
Ventilador pulmonar mecânico microprocessado	01 (um) para cada 02 (dois) leitos. RESERVA: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos.	01 (um) para cada 02 (dois) leitos. RESERVA: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos.	01 (um) para cada 02 (dois) leitos. RESERVA: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos.	01 (um) para cada 03 (três) leitos. RESERVA: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos.

Equipamentos	UTI-a tipo II	UTI-a tipo III / UTQ	UCO	UCI - a
Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração.	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração.	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração.	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração.
Material, medicamentos e equipamentos para reanimação (conforme anexo II)	01 (um) para cada 5 (cinco) leitos	01 (um) para cada 5 (cinco) leitos	01 (um) para cada 5 (cinco) leitos	01 (uma) para cada 15 (quinze) leitos ou fração
Marcapasso cardíaco temporário, eletrodos e gerador	01 (um) para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração
Materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração.	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração.	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração.	01 (um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração.
Materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de um por unidade.	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de um por unidade.	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de um por unidade.	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de um por unidade.
Equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria	01 (um) para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada 15 (quinze) leitos.
Equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo/cânula endotraqueal (Cuffômetro)	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade
Eletrocardiógrafo portátil	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração.	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração.	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração.	01 (um) por unidade
Foco auxiliar portátil e Aspirador cirúrgico portátil	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade
Equipamentos	UTI-a tipo II	UTI-a tipo III / UTQ	UCO	UCI - a
Monitor de débito cardíaco	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade
Refrigerador com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade
Ventilômetro	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade
Capnógrafo	01 (um) para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos	*****
Dispositivo para elevar, transpor e pesar o paciente	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade
Negatoscópio ou sistema informatizado para visualização de imagens disponível na unidade	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de um por unidade.	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de um por unidade.	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de um por unidade.	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de um por unidade.
Oftalmoscópio e Otoscópio	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de um por unidade.	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de um por unidade.	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de um por unidade.	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de um por unidade.

ANEXO II

MATERIAL NECESSÁRIO PARA RESSUSCITAÇÃO

- ADULTO
- I- Suprimentos para tratamento respiratório
  - Máscaras faciais com bordas infláveis e transparentes (tamanho adulto)
  - Bolsas de ventilação com reservatório de oxigênio (bolsa 1000 mL)
  - Cabo de laringoscópio, com lâminas curvas (3 e 4)
  - Guias de intubação, tamanho adulto
  - Pinça de Magyll,
  - Tubos endotraqueais tamanhos de 6,0 a 10,0 com balonete
  - Máscaras laringeas, tamanhos 3, 4 e 5
  - Cânulas orofaríngeas (Guedel), de todos os tamanhos disponíveis
  - Cânulas nasofaríngeas, de todos os tamanhos disponíveis
  - Kit para cricotireoidotomia
  - Sensor de oxímetro de pulso para adultos
  - Cateter de aspiração traqueal nº 12 e 14 Fr
  - Fitas para fixação do tubo traqueal
  - Tubos de drenagem torácica nº 10, 12, 14, 18, 20, 22, 24 e 30 Fr
  - Frasco coletor para drenagem fechada
  - Tábua para ressuscitação cardiopulmonar
  - II- Suprimentos para acesso vascular
  - Cateteres sobre agulha (tipo Jelco®), tamanhos 14, 16, 18, 20, 22 e 24 G
  - Cateteres através de agulha para cateterismo venoso central, calibres 4.0, 4.5, 5.0, 5.5 e 7.0 (duplo lumen)

- Agulhas para punção intra-óssea, calibres 13G e 16G
- Escalpes 19, 21, 23, 25 e 27G
- Torneira de três vias
- Equipos de infusão venosa
- III- Outros suprimentos
- Fitas para avaliação da glicemia capilar
- Fitas adesivas variadas
- Curativo transparente (tipo Tegaderm®)
- Estetoscópio, tamanho adulto
- Seringas de 1, 3, 5, 10, 20 e 50 mL
- Luvras estéreis e de procedimento
- Sondas gástricas nº 6, 8, 10, 12, 16 e 18 Fr
- Sondas de Folley nº 8, 10, 12, 14 e 16 Fr
- Tesouras
- Conectores em "T"
- Eletrodos de tamanho adulto
- III- Medicamentos
- Adrenalina
- Atropina
- Bicarbonato de sódio a 8,4%.
- Adenosina
- Amiodarona (injetável)
- Lidocaína (sem vasoconstritor)
- Lidocaína geléia a 2%
- Lidocaína spray a 10%
- Dopamina
- Dobutamina
- Noradrenalina
- Milrinona

- Nitroprussiato de sódio
- Furosema (injetável)
- Hidrocortisona
- Dexametasona (injetável)
- Metilprednisolona
- Salbutamol (injetável)
- Midazolam (injetável)
- Diazepam (injetável)
- Fenobarbital (injetável)
- Difenilhidantoína (injetável)
- Dipirona (injetável)
- Metoclopramida
- Cetamina
- Propofol
- Fentanil (injetável)
- Thionembital
- Morfina (injetável)
- Naloxone
- Flumazenil
- Rocurônio e vecurônio ou outro bloqueador neuromuscular não-despolarizante
- Soluções cristalóides: soro fisiológico a 0,9%
- Soro glicosado a 5% e 10%
- Manitol a 20%
- Cloreto de sódio a 20%
- Gluconato de cálcio a 10%.
- Solução de glicose a 25% e 50%
- Água destilada: ampolas de 2, 5 e 10 mL

ANEXO III

Materiais e equipamentos - Unidades Intensivas e Intermediárias Pediátrica

EQUIPAMENTOS	UTI - ped tipo II	UTI - ped tipo III	UCI - ped
Foco auxiliar portátil e Aspirador cirúrgico portátil	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade
Balança eletrônica para lactentes e criança maiores	01 (um) para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada 15 (quinze) leitos
Bandejas para procedimentos de: material para punção lombar; diálise peritoneal, materiais para drenagem torácica em sistema fechado; material para traqueostomia; materiais para acesso venoso profundo, incluindo cate-terização venosa central de inserção periférica (PICC); material para flebotomia, materiais para curativo, materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de uma bandeja para cada procedimento.	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de uma bandeja para cada procedimento.	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de uma bandeja para cada procedimento.
Equipamento para infusão contínua e controlada de fluídos ("bomba de infusão")	04 (quatro) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 03 (três) leitos.	04 (quatro) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 03 (três) leitos.	02 (dois) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 03 (três) leitos.
Cama Fawler com grades laterais ou Berço hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízio	01 (um) por leito	01 (um) por leito	01 (um) por leito
Capnógrafo	01 (um) para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos	01 (um) para cada 15 (quinze) leitos
Cilindro transportável de oxigênio	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade
EQUIPAMENTOS	UTI - ped tipo II	UTI - ped tipo III	UCI - ped
Conjunto padronizado de beira de leito contendo: este-oscópio, fita métrica, kit reanimador manual tipo bolsa auto-inflável com máscara e reservatório, termômetro	01 (um) para cada leito RESERVA: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos	01 (um) para cada leito RESERVA: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos	01 (um) para cada leito RESERVA: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos
Eletrcardiógrafo portátil	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade
Equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade
Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar.	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração
Máscara facial (Venturi) que permite diferentes concen- trações de oxigênio	01 (um) para cada 02 (leitos)	01 (um) para cada 02 (leitos)	01 (um) para cada leito
Equipamento para infusão contínua e controlada de fluídos ("bomba de infusão")	04 (quatro) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 03 (três) leitos.	04 (quatro) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 03 (três) leitos.	02 (dois) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 03 (três) leitos.
Equipamento para mensurar pressão de balonete de tu- bo/cânula endotraqueal (Cuffômetro)	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade
Equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou 1 (um) conjunto para interface facial para ventilação pulmonar não invasiva (máscara) para cada 02 leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou 1 (um) conjunto para interface facial para ventilação pulmonar não invasiva (máscara) para cada 02 leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou 1 (um) conjunto para interface facial para ventilação pulmonar não invasiva (máscara) para cada 02 leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva
EQUIPAMENTOS	UTI - ped tipo II	UTI - ped tipo III	UCI - ped
Maca para transporte, com grades laterais, com suporte para equipamento de infusão controlada de fluídos, suporte para cilindro de oxigênio, kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração	01 (um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração
Máscaras com reservatório, capacetes ou tenda para oxig- enoterapia	01 (um) para cada 03 (três) leitos	01 (um) para cada 03 (três) leitos	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos
Materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva	01 (um) para cada 02 (dois) leitos RESERVA:01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada leito. RESERVA:01 (um) equi- pamento para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos RESERVA:01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos
Materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto ou fechado;	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade	Conforme necessidade da unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade
Material e equipamento para reanimação (conforme ane- xo IV)	01 (um) para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada 15 (quinze) leitos
Material para monitorização pressão venosa central.	01 (um) para cada 02 (dois) leitos	01 (um) para cada 02 (dois) leitos	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos
Monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva com manguitos neonatal, lactente, pré-escolar, escolar e adulto, frequência respi- ratória e temperatura	01 (um) para cada leito	01 (um) para cada leito	01 (um) para cada leito
EQUIPAMENTOS	UTI - ped tipo II	UTI - ped tipo III	UCI - ped
Negatoscópio ou sistema informatizado para visualização de exames de imagem	Disponível na unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade.	Disponível na unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade.	Disponível na unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade.
Oftalmoscópio, Otoscópio	Disponível na unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade.	Disponível na unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade.	Disponível na unidade. Mínimo de 01 (um) por unidade.
Poltronas removíveis, com revestimento impermeável, pa- ra acompanhante	01 (um) por leito	01 (um) por leito	01 (um) por leito
Pontos de gás medicinal por leito: 02 pontos de oxigênio; 01 ponto de ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e 01 ponto de vá- cuo	Os 04 (quatro) pontos por leito.	Os 04 (quatro) pontos por leito.	Os 04 (quatro) pontos por leito.
Refrigerador com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade	01 (um) por unidade



Ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria	01 (um) para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada 10 (dez) leitos	01 (um) para cada 15 (quinze) leitos
Ventilador pulmonar mecânico microprocessado	01 (um) para cada 02 (dois) leitos RESERVA: 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos	01 (um) para cada leito RESERVA: 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos	01 (um) para cada 05 (cinco) leitos RESERVA: 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos

#### ANEXO IV

#### MATERIAL NECESSÁRIO PARA RESSUSCITAÇÃO PEDIÁTRICA

- I - Suprimentos para tratamento respiratório
- Máscaras faciais com bordas infláveis e transparentes (tamanhos RN a adulto)
  - Bolsas de ventilação com reservatório de oxigênio (bolsas de 500 e 1000 mL)
  - Cabo de laringoscópio, com lâminas retas (0 a 3) e curvas (2 a 4)
  - Guias de intubação, tamanhos adulto e pediátrico
  - Pinça de Magyíl, tamanhos adulto e pediátrico
- II- Suprimentos para acesso vascular
- Cateteres sobre agulha (tipo Jelco®), tamanhos 14, 16, 18, 20, 22 e 24 G

- Cateteres através de agulha para cateterismo venoso central, calibres 4,0, 4,5, 5,0, 5,5 e 7,0 (duplo lumen)
  - Agulhas para punção intra-óssea, calibres 13G e 16G
  - Escalpes 19, 21, 23, 25 e 27G
  - Torneira de três vias
  - Equipos de infusão venosa
  - Outros suprimentos
  - Fitas para avaliação da glicemia capilar
  - Fitas adesivas variadas
  - Curativo transparente (tipo Tegaderm®)
  - Estetoscópio, tamanhos adulto e pediátrico
  - Seringas de 1, 3, 5, 10, 20 e 50 mL
  - Luvas estéreis e de procedimento
  - Sondas gástricas nº 6, 8, 10, 12, 16 e 18 Fr
  - Sondas de Foley nº 8, 10, 12, 14 e 16 Fr
  - Tesouras
  - Conectores em "T"
  - Eletrodos de tamanhos adulto e pediátrico
- III- Medicamentos
- Adrenalina
  - Atropina
  - Bicarbonato de sódio a 8,4%.
  - Adenosina
  - Amiodarona (injetável)
  - Lidocaína (sem vasoconstritor)
  - Lidocaína geleia a 2%
  - Lidocaína spray a 10%
  - Dopamina
  - Dobutamina
  - Noradrenalina
  - Milrinona

- Nitroprussiato de sódio
- Furosemida (injetável)
- Hidrocortisona
- Dexametasona (injetável)
- Metilprednisolona
- Salbutamol (injetável)
- Midazolam (injetável)
- Diazepam (injetável)
- Fenobarbital (injetável)
- Difenilhidantoína (injetável)
- Dipirona (injetável)
- Metoclopramida
- Cetamina
- Propofol
- Fentanil (injetável)
- Thionembatal
- Morfina (injetável)
- Naloxone
- Flumazenil
- Vasopressina
- Rocurônio e vecurônio ou outro bloqueador neuromuscular não-despolarizante
- Soluções cristalóides: soro fisiológico a 0,9%, soro glicosado a 5% e 10% e Ringer lactato
- Soluções colóides: amido hidroxietílico; albumina humana a 20%, gelatina-osseína
- Manitol a 20%
- Cloreto de sódio a 20%
- Gluconato de cálcio a 10%.
- Solução de glicose a 25% e 50%
- Água destilada: ampolas de 2, 5 e 10 mL

#### ANEXO V

#### INDICADORES

Nome do Indicador	Conceituação	Método de Cálculo (com fórmula e unidade)	Definição de Termos utilizados no Indicador: a) Numerador b) Denominador	Periodicidade de Compilação e Apuração dos Dados	
Taxa de ocupação operacional UTI adulto	Mede o perfil de utilização e gestão do leito operacional na Unidade de Terapia Intensiva Geral e as UTIs especializadas destinada a atenção a adultos. Está relacionado ao intervalo de substituição e a média de permanência	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Pacientes-dia UTI Adulto}}{\text{Leitos-dia operacionais UTI Adulto}} * 100$	Nº Pacientes-dia UTI Adulto	Leitos-dia operacionais UTI Adulto	Mensal
Tempo de permanência UTI adulto	Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados na Unidade de Terapia	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Pacientes-dia UTI Adulto}}{\text{N}^\circ \text{ Transferências internas de saída} + \text{Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) da UTI Adulto}}$	Nº Pacientes-dia UTI Adulto	Nº Transferências internas de saída + Nº Saídas hospitalares (altas+óbi	Mensal
Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI Adulto	Evidenciar a taxa de densidade de incidência de infecção associada à utilização de CVC, por 1000 cateteres-dia. A utilização de cateter-dia ajusta o tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a infecção.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Infecções Hospitalares associadas a Cateter Vascular Central - UTI Adulto}}{\text{N}^\circ \text{ de cateter-dia UTI Adulto}} * 1000$	Nº de Infecções Hospitalares associadas a Cateter Vascular Central - UTI Adulto	Nº de Cateter-dia UTI Adulto	Mensal
Tempo de permanência UTI Pediátrica	Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (exclui leitos de UTI Neonatal) do hospital.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Pacientes-dia UTI Pediátrica}}{\text{N}^\circ \text{ Transferências internas de saída} + \text{N}^\circ \text{ Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) da UTI Pediátrica}}$	Nº Pacientes-dia UTI Pediátrica	Nº Transferências internas de saída + Nº Saídas hospitalares (altas+óbi	Mensal
Taxa de ocupação operacional UTI Pediátrica	Mede o perfil de utilização e gestão do leito operacional na Unidade de Terapia Intensiva destinada a atenção de crianças (exclui as unidades neonatais). Está relacionado ao intervalo de substituição e a média de permanência	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Pacientes-dia UTI Pediátrica}}{\text{Leitos-dia operacionais UTI Pediátrica}} * 100$	Nº Pacientes-dia UTI Pediátrica	Leitos-dia operacionais UTI Pediátrica	Mensal
Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI Pediátrica	Evidenciar a taxa de densidade de incidência de infecção associada à utilização de CVC, por 1000 cateteres-dia. A utilização de cateter-dia ajusta o tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a infecção.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Infecções Hospitalares associadas a Cateter Vascular Central - UTI Pediátrica}}{\text{N}^\circ \text{ de cateter-dia UTI Pediátrica}} * 1000$	Nº de Infecções Hospitalares associadas a Cateter Vascular Central - UTI Pediátrica	Nº de Cateter-dia UTI Pediátrica	Mensal
Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) na UTI Pediátrica	Medir a exposição ao fator de risco para aquisição da infecção específica (sepsis associada à CVC). Essa taxa traduz o grau de utilização deste tipo de procedimento nos pacientes da unidade e é expressa em porcentagem.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cateter-dia UTI Pediátrica}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia UTI Pediátrica}} * 100$	Nº de Cateter-dia UTI Pediátrica	Nº de Paciente-dia UTI Pediátrica	Mensal
Taxa de densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica	Aferir os casos de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV): Infecção diagnosticada após 48h de ventilação mecânica até a sua suspensão.	$\frac{\text{TDI Pneumonia}}{1000 \text{ VM dia}} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de Pneumonias associadas a VM X}}{1000/\text{n}^\circ \text{ de dias de VM (VM/dia) TDI}}$ Taxa de densidade de incidência de pneumonia VM: ventilador mecânico	nº de Pneumonias associadas a VM X	nº de dias de VM (VM/dia)	Mensal

(PAV)					
Taxa de utilização de dispositivos invasivos da unidade - VM	Aferir o fator de risco de infecção e demais complicações relacionados a utilização de ventilação mecânica.	Taxa de utilização de VM = Número de dias de VM/ Total de pacientes-dia	Número de dias de VM	Total de pacientes-dia	Mensal

Variáveis	Descrição	Observação
Leitos operacionais de Terapia Intensiva	Leitos de internação em unidades de terapia intensiva destinada a atender pacientes críticos	
Nº de Infecções relacionadas a assistência associadas a Cateter Vascular Central - UTI	A sepse é considerada associada a um CVC se utilizado $\geq 48$ horas antes do desenvolvimento da sepse, na presença de evidência consistente de que a infecção é relacionada ao dispositivo vascular e/ou mesmo após a retirada do cateter não importante o tempo de permanência e na ausência de outro foco identificado.	Critérios padronizados segundo o NHSN
Nº de pacientes-dia UTI	Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar na UTI.	Fonte - censo hospitalar
Nº de cateter-dia Unidades Intensivas e Intermediárias - Adulto e Pediátrico	Se o paciente tiver portar mais de um cateter, serão contados o total de cateter-dia de cada dispositivo	Cateter-dia em um mês: no primeiro dia do mês soma-se o total de novos CVC existentes <u>mais</u> o total de CVC inseridos durante o mês <u>menos</u> total de CVC removidos.
Nº de pacientes-dia com cateter na s Unidades Intensivas e Intermediárias - Adulto e Pediátrico	Contar o número de pacientes-dia com cateter no mês na UTI adulto	Contar o número de dias que cada paciente esteve com cateter no mês

## ANEXO VI

### CUSTEIO DE LEITOS DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO ADULTO E PEDIÁTRICO

Número de leitos de UCI adulto ou pediátrico X 365 dias X 0,90 X R\$350,00

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Jaimovich DG. Admission and discharge guidelines for the pediatric patient requiring intermediate care. Crit Care Med 2004; 32:1215-1218.

Hamze-Sinno R, Abdoul H, Neve M, Tsapis M, Jones P, Dager S. Can we easily anticipate on admission pediatric patient transfers from intermediate to intensive care? Minerva Anestesiol 2011; 77 (10):1022-1023.

Pediatric Section Task Force on Admission and Discharge Criteria, American College of Critical Care, Society of Critical Care Medicine, American Academy of Pediatrics. Guidelines for developing admission and discharge policies for the pediatric intensive care unit. Crit Care Med 1999; 27(4):843-845.

American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units. Crit Care Med 1998; 26(3):607-610.

Task Force of the American College of Critical Care, Society of Critical Care Medicine. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Crit Care Med 1999; 27(3):633-638.