



Câmara Municipal de Mococa
PODER LEGISLATIVO

PROTOCOLO

Número	Data	Rubrica
2900	02/09/25	

DESPACHO
APROVADO

CLAYTON DIVINO BOCH
Presidente

EMENTA

Requer ao Poder Executivo esclarecimentos sobre o processo seletivo do CONDERG, considerando a substituição de profissionais atualmente em exercício.

REQUERIMENTO Nº 665/2025.

EXMO. SR. PRESIDENTE,

REQUEIRO à Mesa, cumpridas as formalidades Regimentais da Casa, após a manifestação do Nobre Plenário, no sentido de ser oficiado ao Excelentíssimo Senhor Prefeito, Eduardo Ribeiro Barison, para que Sua Excelência, por meio do Departamento competente, preste esclarecimentos sobre o processo seletivo realizado pelo Consórcio de Desenvolvimento da Região de Governo (CONDERG).

A real preocupação deste Poder Legislativo concentra-se na maneira como será conduzida a transição dos profissionais que atualmente atuam na rede de saúde, em face da recente assunção da gestão pelo CONDERG, sucedendo a direção anterior. Dada a continuidade indispensável dos serviços de saúde e o fato de que muitos dos atuais colaboradores, detentores de conhecimento e experiência acumulados, não foram aprovados, torna-se imperativo que o Poder Executivo detalhe como será garantida a efetiva transferência desse conhecimento essencial aos novos funcionários que assumirão suas funções. A interrupção da expertise e o rompimento de vínculos podem impactar a qualidade e a segurança do cuidado, em desacordo com as normas ministeriais que visam garantir a integralidade do atendimento.

Dentre as normas aplicáveis, destacam-se:

- Portaria nº 3.390/GM/MS (2013): Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- Portaria SAES/MS nº 2.085/2024: Estabelece normas para registro das Equipes de Cuidados Paliativos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.



Câmara Municipal de Mococa
PODER LEGISLATIVO

- Portaria nº 1.604/2023: Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde(PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A substituição abrupta de profissionais pode gerar graves riscos, como:

- Fragilização do vínculo terapêutico;
- Descontinuidade no acompanhamento dos usuários;
- Prejuízo à segurança clínica e psicossocial dos pacientes.

Diante do exposto, requer-se que o Poder Executivo esclareça:

- 1) Como o Poder Executivo pretende assegurar a continuidade e a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais atualmente em exercício, em conformidade com as normas ministeriais que garantem vínculo e integralidade no cuidado?
- 2) Quais medidas estão sendo adotadas para evitar os riscos de descontinuidade do cuidado, como a fragilização do vínculo terapêutico e o comprometimento da segurança clínica e psicossocial dos usuários?

Este requerimento busca garantir que o processo seletivo do CONDERG seja conduzido de forma transparente e em conformidade com as diretrizes legais, assegurando a continuidade e a qualidade do cuidado na Rede SUS.

Plenário Venerando Ribeiro da Silva, 08 de setembro de 2025.

DR. THIAGO JOSÉ COLPANI
Vereador / PL



DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 20/10/2023 | Edição: 200 | Seção: 1 | Página: 87

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete da Ministra

ANEXO**PORTARIA GM/MS Nº 1.604, DE 18 DE OUTUBRO DE 2023**

Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A MINISTRA 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 a Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012 que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

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

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

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 Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde;

Considerando a Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 202, que consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre Direitos e Deveres, Organização e Funcionamento do SUS;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, que consolida as normas sobre atenção especializada à saúde;

Considerando o "Documento Disparador para o Seminário Internacional de Atenção Especializada: subsídios para a construção da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde", e os debates e contribuições realizados durante o XXXVII Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e a 17ª Conferência Nacional de Saúde; e

Considerando a necessidade de estabelecer diretrizes e normas para o desenvolvimento da Atenção Especializada em Saúde no âmbito do SUS, resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde.

§ 1º Para fins desta Portaria, entende-se como Atenção Especializada o conjunto de conhecimentos, práticas assistenciais, ações, técnicas e serviços envolvidos na produção do cuidado em saúde marcados, caracteristicamente, por uma maior densidade tecnológica.

§ 2º A Atenção Especializada compreende, dentre outras, as seguintes ações e serviços constantes em políticas e programas do Sistema Único de Saúde:

I - a rede de urgência e emergência;

II - os serviços de reabilitação;

III - os serviços de atenção domiciliar;

IV - a rede hospitalar;

V - os serviços de atenção materno-infantil;

VI - os serviços de transplante do Sistema Nacional de Transplantes (SNT);

VII - os serviços de atenção psicossocial;

VIII - os serviços de sangue e hemoderivados; e

IX - a atenção ambulatorial especializada, incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos.

Art. 2º A Atenção Primária deve ser a porta de entrada preferencial, principal centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde - RAS e local que assume a maior responsabilidade na ordenação do acesso e coordenação do cuidado do usuário de seu território.

Parágrafo único. As pessoas atendidas pela Atenção Especializada apresentam, num dado momento, a necessidade de cuidados mais intensivos e/ou diferentes daqueles disponíveis na Atenção Primária, de modo que a Atenção Especializada deve desempenhar um papel de apoio à Atenção Primária em um sistema de cuidados integrais.

Art. 3º A PNAES possui diretrizes, dimensões e eixos estruturantes que deverão ser considerados na criação e reformulação de políticas e programas que tratem da Atenção Especializada, ou que se relacionam com ela, e que deverão orientar o modo de organização e funcionamento dos serviços de atenção especializada.

Art. 4º São diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde:

I - ampliação e garantia do acesso da população a serviços especializados, em tempo oportuno, com referência territorial e considerando as necessidades regionais, garantindo a equidade no atendimento, a qualidade assistencial, a integralidade e a maior efetividade e eficiência na aplicação dos recursos financeiros;

II - promoção da regionalização dos serviços de atenção especializada em saúde e da integração com os demais serviços na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em consonância com as pactuações regionais e macrorregionais;

III - garantia da coordenação do cuidado e da continuidade assistencial, por meio de planejamento da estruturação e oferta de serviços, fluxos assistenciais e transporte sanitário em função das necessidades de saúde da população de um território definido, no âmbito das regiões de saúde;

IV - promoção de um modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde das pessoas e no cuidado ao usuário, que engaje a pessoa na produção de seu cuidado e favoreça o compartilhamento de decisões e a atuação interprofissional, interdisciplinar e integrada das diferentes equipes e serviços;

V - fortalecimento da Atenção Primária, por meio do adensamento da sua capacidade clínica, ampliação da sua resolubilidade, da sua capacidade de ordenação do acesso e coordenação do cuidado, de forma articulada com a Atenção Especializada, por meio da promoção da comunicação, corresponsabilização do cuidado, compartilhamento das decisões clínicas e de gestão de recursos necessários entre profissionais, equipes e serviços;

VI - promoção da cultura de segurança do paciente nos serviços especializados, de acordo com suas especificidades, por meio de monitoramento, avaliação e controle de estruturas, processos e resultados assistenciais, para garantir a qualidade no cuidado;

VII - estímulo à adoção de estratégias de formação, educação permanente, valorização, provimento e fixação de profissionais de saúde, visando a melhoria da atenção e a oferta de serviços com qualidade e em quantidade suficiente para garantir o acesso da população, em especial aquela de territórios mais vulneráveis e com vazios assistenciais;

VIII - qualificação da regulação assistencial, centrada no usuário e produtora de cuidado, na garantia da integralidade com critérios claros, equânimes e baseados em diretrizes clínicas compartilhadas pelos serviços da RAS, visando monitorar, reduzir os tempos de espera, minimizar o absenteísmo, evitar a realização de procedimentos desnecessários, aumentar a transparência, fortalecer a coordenação do cuidado e promover a vinculação, corresponsabilização e comunicação entre equipes demandantes, ofertantes e usuários;

IX - promoção da disponibilização de transporte sanitário regionalizado que busque garantir cuidado digno e deslocamento adequado, com financiamento tripartite;

X - estímulo ao uso oportuno e adequado de soluções e inovações de saúde digital para compartilhar e interoperar informações e sistemas, tornar mais ágil e oportuna a comunicação entre os pontos de atenção, melhorar a qualidade, a agilidade, a segurança, a efetividade e a eficiência dos serviços presenciais e remotos e engajar usuários, visando assegurar continuidade do cuidado, bem como evitar deslocamentos e procedimentos desnecessários;

XI - promoção de novas modelagens de serviços de atenção especializada, com a indução de boas práticas de atenção, educação, gestão e participação e a integração desses serviços na RAS;

XII - promoção de maior participação do governo federal no custeio, em pactuação com estados, Distrito Federal e municípios, diante do reconhecimento da diversidade de arranjos de organização dos serviços de atenção especializada, considerando o território e as desigualdades sociais e regionais;

XIII - gestão de tecnologia em saúde, considerando critérios de custo-efetividade e a modernização do parque tecnológico, visando apoiar a transformação digital do setor saúde, buscando a efetividade e eficiência do sistema de saúde, e o avanço tecnológico.

XIV - promoção da articulação entre governos, instituições de ensino, pesquisa e desenvolvimento e a sociedade, visando a produção e disseminação de conhecimentos, a inovação e o desenvolvimento científico e tecnológico;

XV - substituição gradativa da forma de financiamento, alterando o modelo de pagamento por procedimento para a remuneração em modelo fundado no cuidado integrado e integral, na contratualização de metas qualitativas e quantitativas, considerando os recursos aplicados pelas três esferas de governo, as especificidades regionais, as pactuações nos espaços de gestão interfederativa do SUS e assegurando a transparência e eficiência na aplicação dos recursos;

XVI - participação da sociedade e atuação do controle social no processo de implementação, monitoramento e avaliação da política;

XVII - estímulo à práticas de gestão e de trabalho que assegurem a inserção das ações de vigilância em saúde, promoção e prevenção em toda a Rede de Atenção à Saúde;

XVIII - oferta de cuidado especializado orientado pelo princípio da equidade, promovendo a elaboração e implementação de estratégias que garantam o acesso e a qualidade da assistência aos grupos vulnerabilizados nos serviços e equipamentos da RAS, reconhecendo e respeitando as diversidades socioculturais e o enfrentamento do racismo estrutural; e

XIX - desenvolvimento de ações de assistência farmacêutica e de uso racional de medicamentos, de forma a garantir a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da União, ou do Distrito Federal de medicamentos nos pontos de atenção ambulatorial e hospitalar, visando a integralidade do cuidado.

CAPÍTULO II

DAS DIMENSÕES DA PNAES

Art. 5º A estruturação da Atenção Especializada em saúde no SUS se dará conforme as seguintes dimensões, que lastreiam os Eixos Estruturantes da PNAES:

- I - sistêmica;
- II - organizacional; e
- III - profissional.

Art. 6º A dimensão sistêmica trata da articulação dos serviços de atenção especializada com os demais pontos de atenção e a integração das práticas profissionais, de acordo com planejamento regional integrado, visando a implementação da RAS, conforme o Anexo I da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, com ênfase no seu papel de apoio à atenção primária, com o objetivo de promover a integralidade, a continuidade do cuidado e evitar o desperdício de recursos.

Art. 7º A dimensão organizacional trata do modo como os serviços especializados organizam suas equipes multiprofissionais de forma interdisciplinar para garantir acesso, acolher, oferecer cuidado de qualidade aos usuários e prestar apoio, mediante matricialmente, a outras equipes e serviços da RAS, contribuindo com a regulação do acesso e a continuidade do cuidado da rede de atenção, seja por práticas presenciais ou remotas.

Art. 8º A dimensão profissional trata da forma como os profissionais de saúde dos serviços especializados promovem o cuidado interagem com os usuários, sendo influenciada pela capacidade técnica dos profissionais, pela sua postura ética e capacidade de se responsabilizar e produzir vínculo com os usuários, atuando de acordo com os melhores saberes e técnicas clínicas disponíveis, com bom senso e ética.

CAPÍTULO III

DOS EIXOS DA PNAES

Art. 9º São eixos estruturantes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde:

I - planejamento ascendente de base territorial e organização dos serviços de Atenção Especializada em Saúde na RAS de acordo com o Planejamento Regional Integrado (PRI);

II - modelo de atenção à saúde centrado nas necessidades de saúde da população e com base na universalidade, integralidade e equidade;

III - fortalecimento e atuação integrada à Atenção Primária;

IV- integração da Atenção Especializada à Saúde com a Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde

V - regulação do acesso e coordenação do cuidado com equidade e transparência;

VI - informação, comunicação e saúde digital;

VII - gestão dos serviços de atenção especializada;

VIII - formação, educação permanente, valorização, provimento e gestão da força de trabalho em saúde; e

IX - financiamento.

Seção I

Planejamento ascendente de base territorial e organização dos serviços de Atenção Especializada em Saúde na RAS de acordo com Planejamento Regional Integrado (PRI)

Art. 10. Os serviços de atenção especializada em saúde no âmbito do SUS deverão ser ofertados de forma regionalizada, integrada aos demais pontos de atenção da RAS e articulada a outras políticas de saúde e políticas intersetoriais, para garantir:

- I - cuidado resolutivo e em tempo oportuno;
- II - economia de escala e definição de escopo;
- III - qualidade;
- IV - efetividade;
- V - sustentabilidade; e
- VI - continuidade e coordenação do cuidado.

Art. 11. A disposição territorial, o escopo, a escala, o papel e a gestão dos serviços de atenção especializada na RAS deverão ser resultados de planejamento ascendente e participativo, que considere:

I - necessidades de saúde da população bem como parâmetros tecnoassistenciais, epidemiológicos, ambientais, sanitários, demográficos e socioeconômicos existentes;

II - características do território, abrangência territorial da população que será referida a cada serviço, fluxos de deslocamento, disponibilidade de transporte sanitário e vinculação entre serviços, para assegurar os fluxos assistenciais e promover uma comunicação que viabilize a coordenação do cuidado;

III - capacidade instalada e programação da oferta, para evitar sobreposição e conflitos entre os serviços da RAS, sejam públicos ou complementares;

IV - implementação de linhas de cuidado regionais com fluxos assistenciais, pactuação e gestão compartilhada da demanda e da oferta, bem como de critérios e mecanismos regulatórios, no âmbito do PRI;

V - gestão compartilhada, com ênfase na relação entre estado e municípios da região de abrangência da RAS em questão;

VI - processos de pactuação e contratualização; e

VII - critérios de monitoramento e avaliação.

Art. 12. As instituições que atuam na atenção especializada à saúde, sejam de natureza pública ou privada, com ou sem lucrativos, são responsáveis por cumprir estritamente o estabelecido na pactuação com o gestor de saúde local, no que se refere ao escopo, escala, papel, gestão, padrões de qualidade, promoção da segurança do paciente, diretrizes e protocolos clínicos, critérios e mecanismos de acesso, ações de cuidado compartilhado, apoio clínico, telessaúde, entre outros.

Seção II

Modelo de Atenção à Saúde centrado nas necessidades de saúde da população e com base na universalidade, integralidade e equidade.

Art. 13. Os serviços de atenção especializada à saúde deverão ser centrados na pessoa e suas necessidades, comprometida com a coprodução do cuidado entre sujeito, família, equipes demandantes e ofertantes.

Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, os serviços devem ter equipes multiprofissionais que atuem de modo interdisciplinar, visando a melhoria da situação de saúde, do bem-estar e a ampliação da autonomia das pessoas e buscando os mais altos graus de integralidade.

Art. 14. A equipe multiprofissional deverá:

- I - responsabilizar-se pela pessoa que acessa o serviço;
- II - proporcionar um atendimento acolhedor, que respeite as especificidades socioculturais;

III - corresponsabilizar-se no cuidado no âmbito da RAS, buscando garantir a continuidade do cuidado e a referência segura e informada ao próximo ponto da RAS, que deverá continuar o atendimento ao usuário;

IV - orientar o usuário e familiares quanto à continuidade do cuidado, preferencialmente, por meio de um plano de cuidado integrado com a Atenção Primária à Saúde, reforçando a autonomia do sujeito e promovendo o autocuidado;

V - articular a continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, garantindo a transição do cuidado e sua referência segura e informada, em particular com a Atenção Primária; e

VI - articular a interlocução intersetorial com outros equipamentos e serviços no território que possam complementar o cuidado para a promoção e reabilitação em saúde e reintegração social do paciente.

Art. 15. O modelo de atenção à saúde no âmbito da atenção especializada deverá contemplar um conjunto de dispositivos de cuidado que assegurem o acesso, a qualidade da assistência, a coordenação do cuidado e a segurança do paciente.

§ 1º A clínica ampliada, a prática clínica centrada na pessoa e a gestão da clínica deverão ser a base do cuidado para assegurar a sua qualidade e o vínculo entre a equipe, o usuário e seus familiares.

§ 2º O Plano de Cuidado deverá ser elaborado e registrado em prontuário compartilhado pela equipe multiprofissional, tendo as informações clínicas relevantes para o cuidado disponíveis às equipes dos demais pontos de atenção.

§ 3º As equipes dos serviços especializados deverão desenvolver estratégias de educação permanente, apoio clínico e cuidado compartilhado, incluindo apoio matricial, interconsulta, navegação do cuidado e diversas ações de telessaúde (teleconsultoria, teleinterconsulta, telediagnóstico, teleconsulta, telerregulação assistencial), propiciando suporte nas diversas especialidades para as equipes de referência, visando a atenção integral ao usuário.

§ 4º Deverão ser pactuadas e implementadas ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde, como protocolos e diretrizes clínicas, com vistas a garantir a segurança do paciente, com intervenções seguras e resolutivas, de forma a evitar ações desnecessárias e qualificar a assistência prestada ao usuário.

Seção III

Do fortalecimento e atuação integrada à Atenção Primária

Art. 16. Os serviços de atenção especializada devem atuar de modo articulado e compartilhado com a atenção primária no cuidado à saúde das pessoas adscritas, contribuindo para o aumento da sua resolubilidade.

Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, os serviços de atenção especializada deverão:

I - estar vinculados a um território e a uma quantidade definida de serviços de atenção primária;

II - compartilhar informações clínicas e promover a vinculação, comunicação e tomada de decisões compartilhadas entre os profissionais e equipes de ambos serviços, corresponsabilizando-se pela produção do cuidado dos usuários atendidos; e

III - definir conjuntamente protocolos de cuidado, de encaminhamento, de alta responsável ou de continuidade do cuidado a outro ponto de atenção que, efetivamente, oriente as práticas, fluxos e decisões de atenção e coordenação do cuidado.

Art. 17. Os serviços de atenção especializada devem, de acordo com o arranjo local ou regional da RAS, estar estruturados e aptos a:

I - matricular as equipes de atenção primária à saúde, de maneira sistemática e regular, de acordo com as necessidades identificadas;

II - realizar interconsulta, teleconsultoria, segunda opinião formativa e teleeducação junto às equipes de atenção primária à saúde;



III - realizar ações de telediagnóstico e de teleconsultas para casos cabíveis aos cuidados remotos de saúde;

IV - realizar telerregulação assistencial, integrando as ferramentas e a lógica do telessaúde ao processo de regulação do acesso; e

V - participar de processos de coordenação e navegação do cuidado para assegurar o melhor tratamento em tempo oportuno, às pessoas encaminhadas entre um serviço e outro, em especial aquelas que precisam ser atendidas em tempo oportuno para a resolução de um problema de saúde em evolução.

Art. 18. O processo de programação da oferta e de regulação do acesso a exames, consultas e outros procedimentos considerados mais estratégicos à Atenção Primária devem ser feitos, preferencialmente, de modo compartilhado com as equipes de atenção básica, buscando conferir às equipes de Atenção Primária a máxima autonomia na tomada de decisão.

§ 1º Para fins do disposto no caput, são considerados exames, consultas e outros procedimentos estratégicos aqueles:

I - que exigem tratamento em tempo oportuno;

II - mais demandados e que precisam ser gerenciados para evitar longo tempo de espera; e

III - que são relevantes para o aumento da resolubilidade da Atenção Primária.

§ 2º Deverão ser definidos protocolos que estabeleçam as necessidades e procedimentos para os quais caberá ao profissional da atenção primária definir as regras de acesso, bem como os casos em que a decisão e o cuidado serão compartilhados entre equipes demandantes e ofertantes.

§ 3º Devem ser evitados fluxos e processos burocráticos com carência de informações sobre o usuário, de modo a permitir a adequada avaliação e tomada de decisão clínica no processo de regulação do acesso.

Seção IV

Integração da Atenção Especializada à Saúde com a Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde



Art. 19. Para a promoção da integralidade das ações no sistema de saúde, deve haver a inserção da Vigilância em Saúde nas instâncias e pontos da RAS, por meio de articulação e construção conjunta de estratégias e ações.

Parágrafo único. Os serviços de Atenção Especializada devem se articular com a Vigilância em Saúde, visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, bem como a redução da morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos à saúde das pessoas.

Art. 20. As ações de Assistência Farmacêutica devem estar integradas aos serviços de atenção especializada, com vistas a contribuir para o acesso e melhoria da segurança e efetividade do uso de medicamentos a nível individual e populacional, colaborando para a tomada de decisões clínicas dos profissionais e do próprio usuário.

Parágrafo único. Os serviços de atenção especializada devem, preferencialmente, ofertar ações e serviços farmacêuticos, de forma a colaborar para maior efetividade dos tratamentos, prevenção e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia.

Seção V

Regulação do acesso e coordenação do cuidado com equidade e transparência

Art. 21. As ações, serviços e procedimentos de saúde na atenção especializada devem ser:

I - planejados e programados a partir das necessidades de saúde de uma determinada população;

II - regularmente contratualizados e executados; e

III - permanentemente monitorados e avaliados.

Parágrafo único. A integração das informações deve permitir maior transparência e o melhor suporte à tomada de decisões sobre investimentos, expansão e realização de novos contratos e a gestão sustentável dos recursos.

Art. 22. O acesso regulado, organizado em consonância com a Política Nacional de Regulação, com o objetivo de garantir a atenção em tempo oportuno e reduzir a taxa de absenteísmo e o tempo de espera, deverá:

- I - assegurar a equidade e a transparência;
- II - possuir práticas regulatórias produtoras de cuidado;
- III - estar organizado a partir de linhas de cuidado;
- IV - considerar o papel regulador de cada serviço da RAS;
- V - estar articulado com as respectivas centrais de regulação; e
- VI - possuir priorização por meio de critérios clínicos e que avaliem riscos e vulnerabilidades.

Art. 23. A regulação do acesso aos diversos prestadores deve:

- I - possuir base regional, a partir da gestão compartilhada entre estado e municípios, sem prejuízo da autonomia de cada ente;
- II - ter comando único; e
- III - ordenar e regular o acesso aos diversos prestadores em um processo dinâmico de regulação, monitoramento e avaliação.

Art. 24. O gestor estadual, distrital ou municipal de saúde será responsável pela regulação do acesso, nos termos desta Política, da Política Nacional de Regulação do SUS e conforme pactuação, utilizando-se de:

- I - diretrizes clínicas, protocolos assistenciais e de acesso; e
- II - critérios de priorização com base em avaliações de risco e vulnerabilidade.

Art. 25. As ações regulatórias devem incluir dispositivos centrados nas necessidades do usuário como:

- I - a gestão e transparência das filas de espera;
- II - o matriciamento;
- III - a educação permanente;
- IV - a alta responsável;
- V - o telessaúde;
- VI - a telerregulação assistencial; e
- VII - o cuidado compartilhado entre profissionais da atenção básica e especializada.

Art. 26. Os protocolos de acesso e os processos e fluxos regulatórios devem possuir regras, critérios, processos de decisão e de agendamento pactuados, transparentes e compartilhados por todos os envolvidos em sua execução.

Art. 27. A regulação do acesso deve ocorrer na forma de linhas de cuidado ou de grupos de ofertas de cuidados integrados, dentro do nível de resolubilidade do estabelecimento de saúde e buscando evitar a vinculação definitiva do paciente, ou prolongando sua permanência, na atenção especializada, sem justificativa clínica (efeito velcro).

Art. 28. Os serviços de atenção especializada em saúde, de acordo com os fluxos regulatórios locais e com a Política Nacional de Regulação em Saúde, deverão:

- I - disponibilizar sua oferta às centrais de regulação de acordo com o pactuado na contratualização; e
- II - colaborar com a regulação do acesso a consultas, exames e procedimentos ofertados em suas dependências ou em outros serviços de saúde, compartilhando a responsabilidade na gestão das filas.



§ 1º A situação de saúde e as necessidades dos usuários devem ser consideradas na tomada de decisões no processo de regulação, mediante o acesso aos dados clínicos da pessoa.

§ 2º A regulação do acesso deve ser articulada às ações de telessaúde (tele-educação; teleinterconsulta; teleconsultoria; telediagnóstico e teleconsulta), na lógica da telerregulação assistencial, contribuindo para o aumento do acesso e da resolubilidade, além da redução dos tempos e filas de espera.

§ 3º Para conferir agilidade e a priorização adequada do acesso e reduzir a realização de procedimentos desnecessários, deve ser promovida maior responsabilização:

I - do demandante pelo processo regulatório, da Atenção Primária e de outros pontos de atenção, por meio da tomada de decisão compartilhada; e

II - dos profissionais e equipes demandantes e ofertantes pelas filas e tempos de espera, em especial, com relação às linhas de cuidado e problemas de saúde prioritários.

Art. 29. Deve ser estimulada a produção e gestão do cuidado compartilhado, por meio do relacionamento pessoal e o vínculo entre profissionais de saúde demandantes e ofertantes, para evitar a vinculação definitiva do paciente, ou prolongando sua permanência, na atenção especializada, sem justificativa clínica (efeito velcro), nas hipóteses em que o cuidado pode ser continuado na atenção primária.

Art. 30. Devem ser disponibilizados às equipes demandantes e ofertantes, mecanismos de coordenação do cuidado e de monitoração do acesso dos usuários aos serviços que compõem o itinerário terapêutico necessário ao seu cuidado.

§ 1º O processo de regulação deve ser informatizado, com ferramentas que apoiem a coordenação e integração do cuidado, que possibilitem ações de telessaúde e que visem ao monitoramento em tempo oportuno, à comunicação entre equipes demandantes e ofertantes e à tomada de decisões assertivas adaptável às necessidades locais e regionais.

§ 2º O Ministério da Saúde deverá prover soluções de tecnologias de informação e comunicação (TIC) que possibilite o compartilhamento de dados e informações entre os gestores, os profissionais de saúde e os cidadãos, com vistas a otimizar os processos de agendamento, reduzir o absenteísmo, qualificar o planejamento, monitoramento e avaliação do processo de regulação do acesso, incluindo filas e tempos de espera.

§ 3º Deve ser realizada gestão da informação com inteligência suficiente para conhecer as filas e gerenciá-las com tecnologias adequadas, a fim de evitar que a redução da fila de um tipo de procedimento gere outras na mesma linha de cuidado ou em outras linhas de cuidado que tenham procedimentos comuns.

Seção VI

Da informação, comunicação e saúde digital

Art. 31. As medidas relativas à saúde digital devem:

I - assegurar a proteção dos dados pessoais dos cidadãos e a governança pública das informações em saúde, nos termos da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD);

II - promover mudanças e inovações no processo de trabalho, ganhos de efetividade e eficiência;

III - promover o aperfeiçoamento do planejamento e da gestão de serviços e sistemas de saúde;

e

IV - promover a melhoria do acesso e da qualidade do cuidado.

Art. 32. Devem ser adotadas medidas e ações para:

I - informatizar os serviços de atenção especializada, ambulatoriais e hospitalares;

II - garantir o registro e a atualização regular dos dados nos sistemas oficiais de informação do SUS;



III - assegurar a atenção remota; e

IV - garantir a interoperabilidade de dados.

§ 1º Para fins do disposto no inciso I do caput, a informatização deve ocorrer:

I - com soluções de tecnologias de informação e comunicação (TIC) de prontuários eletrônicos e sistemas de gestão de serviços de saúde que utilizem padrões de troca de dados e modelos de informação pactuados de maneira tripartite, garantindo a interoperabilidade entre as soluções e sistemas de informação;

II - com padrão adequado de infraestrutura e segurança de TIC; e

III - de forma a disponibilizar registro clínico eletrônico de saúde nos pontos de atenção da RAS, a ser utilizado para a tomada de decisões clínicas, coordenação do cuidado, apoio matricial e demais ações de telessaúde.

§ 2º Para fins do disposto no inciso III do caput, a atenção remota compreende a educação em saúde, a orientação de usuários, o telemonitoramento, a coordenação do cuidado, a navegação do usuário na RAS, a teleconsultoria, a teleinterconsulta, o telediagnóstico e a teleconsulta.

§ 3º A governança pública dos dados deve apoiar a decisão incrementando a capacidade analítica e utilizando ciência de dados e inteligência artificial para finalidades diversas, como:

I - pesquisas com relevância sanitária que utilizem dados de eventos pregressos;

II - previsão de situações futuras que exijam ações preventivas e preparatórias; e

III - mecanismos de controle interno e detecção de irregularidades.

Seção VII

Da gestão dos serviços de atenção especializada

Art. 33. A gestão dos serviços da atenção especializada em saúde deverá ser pautada:

I - na garantia do acesso e qualidade da atenção;

II - no cumprimento de metas pactuadas nos processos de contratualização;

III - na eficiência e transparência da aplicação dos recursos; e

IV - no planejamento ascendente e gestão participativa e democrática.

Art. 34. São de avaliação da gestão interna do serviço:

I - a gestão participativa e democrática;

II - a atuação da ouvidoria;

III - as pesquisas de satisfação; e

IV - as demais modalidades de aferição e manifestação da opinião e sugestões dos usuários.

Art. 35. O gerenciamento das práticas de cuidado no serviço deverá ser realizado na perspectiva da integração da prática clínica, por meio da implementação de medidas para garantir:

I - o acesso de usuários encaminhados e que já estejam em processo de cuidado no serviço às várias ações e procedimentos necessários ao seu plano de cuidado;

II - a regulação interna entre diferentes profissionais e equipes, bem como para a realização de procedimentos, eliminando etapas evitáveis no itinerário terapêutico planejado para a pessoa;

III - a qualidade da atenção e gestão do cuidado, incluindo diversas práticas, como a educação permanente e auditoria clínica, visando o aumento da resolubilidade e da satisfação das pessoas;

IV - a otimização da capacidade instalada, com a redução do absenteísmo e a atenção à saúde remota para os problemas e necessidades sensíveis a este tipo de cuidado;

V - a análise do perfil de usuários atendidos, para monitorar ações e resultados, construir e implementar diretrizes clínicas e processos de cuidado que visem ao aumento da qualidade, efetividade e eficiência do serviço, para evitar a vinculação definitiva do paciente, ou prolongando sua permanência, na



atenção especializada, sem justificativa clínica (efeito velcro), e a realização de procedimentos desnecessários;

VI - a gestão da oferta, com o gerenciamento da agenda, realização de práticas de monitoramento do número de consultas por perfil de usuário com a decorrente avaliação da pertinência de dar alta e fazer contra referências responsáveis com a transição do cuidado à Atenção Primária; e

VII - a gestão da demanda, de forma a estimular a educação permanente dos profissionais da Atenção Primária e o matriciamento; e

VIII - o monitoramento de ações e resultados, visando o aumento da eficácia e eficiência do serviço, por meio de implementação de diretrizes clínicas e avaliação do número de consultas por tipo de usuário.

Parágrafo único. A análise do perfil de usuários atendidos de que tratam os incisos V e VI deste art. pode ocorrer por grupos de diagnósticos, condições de usuários ou por tipo de atenção prevista para um determinado grupo de usuários, como ações de apoio diagnóstico, cuidados resolutivos a serem pontualmente realizados na Atenção Especializada antes de voltar a ser atendido na Atenção Primária ou ainda cuidados com necessidade de continuidade e compartilhamento entre Atenção Primária e Especializada.

Art. 36. Devem ser adotadas ações de indução e apoio à formação de competências específicas de profissionais que ocupem cargos de direção e de gerência intermediária, para profissionalizar a administração dos serviços de Atenção Especializada.

Parágrafo único. A administração dos insumos, da infraestrutura, dos recursos financeiros e a gestão da força de trabalho serão direcionadas para o cumprimento do papel dos serviços de atenção especializada na RAS.

Seção VIII

Da formação, educação permanente, valorização, provimento e gestão da força de trabalho

Art. 37. Os espaços de produção das ações e serviços de Atenção Especializada em Saúde devem se constituir como campo de prática para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde.

Parágrafo único. Os serviços de atenção especializada integrantes do SUS devem contribuir para a formação e educação permanente de suas equipes e dos trabalhadores dos demais pontos de atenção da RAS, por meio do matriciamento, de acordo com o pactuado com os gestores.

Art. 38. Os processos essenciais de gestão da força de trabalho em saúde devem ser orientados por competências articulando:

I - análise e descrição de cargos e posições em função das competências necessárias para o desenvolvimento de um processo de trabalho ou serviço;

II - dimensionamento da necessidade de profissionais por processo de trabalho, serviço e território;

III - seleção, contratação, alocação e redistribuição de profissionais;

IV - estabelecimento de diretrizes para a prática, formação, educação permanente e desenvolvimento profissional e pessoal;

V - reconhecimento, habilitação e acreditação profissional para realização das práticas requeridas; e

VI - sistema de remuneração, gestão de carreira profissional e avaliação de desempenho.

Art. 39. Em iniciativas de formação, provimento e fixação deve ser dimensionada, de forma tripartite, a necessidade de profissionais por região de saúde, em consonância com processos de investimento e planejamento regional integrado.

Art. 40. Deve ser almejado um processo de trabalho interprofissional, em equipe, e visando a ampliação do campo de competências praticados pela equipe de saúde com o objetivo central de avançar nos graus de acesso dos usuários à Atenção Especializada com resolubilidade e com os maiores graus de integralidade possíveis.

Art. 41. Devem ser propostos, nas regiões de saúde, perfis, escopo de práticas e competências para a atuação de profissionais de saúde para:

- I - a atenção às necessidades de saúde específicas; e
- II - a atuação em determinados serviços.

Parágrafo único. A definição de que trata o caput deve orientar as ações de formação mais pertinentes, sejam elas educação permanente, aperfeiçoamentos habilitadores de competências, especializações *latu-sensu*, residências médicas e multiprofissionais ou outras, articuladas ou não a processos de provimento e fixação.

Art. 42. Deverão ser ampliadas, diversificadas e combinadas as estratégias de formação e de habilitação profissional, com o objetivo de ampliar a oferta de serviços e o acesso da população, especialmente em áreas desassistidas.

Parágrafo único. As estratégias de que trata o caput deverão prever o reconhecimento da experiência do trabalhador, a certificação de suas habilidades e propor itinerários de formação em serviço realizados no sistema de saúde.

Art. 43. Os serviços de atenção especializada devem adotar as seguintes ações de valorização dos trabalhadores:

- I - avaliação de desempenho;
- II - educação permanente; e
- III - avaliação da atenção à saúde do trabalhador.

§ 1º A avaliação de desempenho dos trabalhadores pressupõe a existência de oportunidades sistemáticas para análises individuais e coletivas do trabalho, com participação ativa dos trabalhadores, buscando a corresponsabilização das equipes com as avaliações.

§ 2º O programa de educação permanente em saúde deve ser oferecido aos profissionais de saúde das equipes, baseado no aprendizado em serviço, de forma que as atividades de aprender e de ensinar se incorporem ao cotidiano dos serviços e equipes.

§ 3º A atenção à saúde do trabalhador contemplará ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças e reabilitação.

Art. 44. A gestão da força de trabalho na atenção especializada em saúde deverá ser direcionada para aperfeiçoar mecanismos de provimento, fixação e habilitação de profissionais, buscando atender aos pressupostos previstos nesta Política.

Seção IX

Do Financiamento

Art. 45. O financiamento da atenção especializada em saúde será realizado:

- I - de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão;
- II - de acordo com as normas específicas do SUS; e
- III - em observância às necessidades de saúde da população e às dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde.

Art. 46. O financiamento da Atenção Especializada em Saúde poderá ser composto por recursos distintos relacionados a políticas e programas específicos, devendo seguir as seguintes diretrizes:

- I - a busca da sustentabilidade, considerando a população de referência, o território de atuação, a missão e o papel dos serviços de Atenção Especializada desempenhado na RAS, pactuados regionalmente;
- II - a ampliação da capacidade instalada, a renovação do parque tecnológico e a inovação de tecnologias, respeitando as especificidades regionais e as pactuações locais;
- III - a alocação dos recursos de investimentos que deve considerar, prioritariamente, critérios que visem reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde, com objetivo de garantir a integralidade da atenção;

IV- a promoção da substituição gradativa de um modelo de pagamento por procedimento para a remuneração centrada no cuidado integral do usuário, por meio da implementação de linhas de cuidado e pela identificação de grupos de ofertas de cuidados integrados necessárias à atenção de determinadas necessidades e usuários;

V - a qualificação e integração dos sistemas de informação para que interoperem informações necessárias à gestão e financiamento;

VI - a qualificação dos sistemas de informação possibilitando o registro de toda a produção da Atenção Especializada realizada e custeada com recursos dos estados, do Distrito Federal, dos municípios e da União;

VII - o fortalecimento da contratualização de serviços com previsão de metas e resultados qualitativos e quantitativos, e remuneração por desempenho e alcance de resultados; e

VIII - o reconhecimento dos distintos arranjos da Atenção Especializada em Saúde existentes nos estados, Distrito Federal e municípios e da possibilidade de diversas formas de implementação desta Política pelos entes.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 47. Compete aos gestores do SUS, em suas esferas de atuação, a implementação da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, mediante a elaboração de planos, programas e ações voltados para a organização e o funcionamento dos serviços especializados.

Art. 48 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

NÍSIA TRINDADE LIMA

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.



ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro****ANEXO****PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013**

Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

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

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social;

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 o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS;

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

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

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

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

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

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

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

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS;

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

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

Considerando a Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

Considerando a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 63/ANVISA, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde; e

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

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Art. 2º As disposições desta Portaria se aplicam a todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

Art. 3º Os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Art. 4º Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

§ 1º Os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

§ 2º Os hospitais, além da assistência, constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS.

Art. 5º Para efeito desta Portaria, considera-se:

I - acessibilidade hospitalar: a condição para utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos do hospital por uma pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida;

II - acolhimento: a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade;

III - apoio matricial: o suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, invertendo a lógica da fragmentação dos saberes;

IV - auditoria clínica: a análise crítica e sistemática da qualidade de atenção à saúde prestada no hospital, incluindo-se os procedimentos usados para o diagnóstico e o tratamento, uso dos recursos e os resultados para os usuários;

V - classificação de risco: protocolo pré-estabelecido, com a finalidade de dar agilidade ao atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada;

VI - clínica ampliada: dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades de cada usuário e no seu contexto, articulando um conjunto de práticas capazes de potencializar a capacidade de atuação dos profissionais por meio da implantação das equipes de referência, construção de vínculo e elaboração de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários, buscando ampliar os recursos de intervenção sobre o processo saúde/doença;

VII - diretrizes terapêuticas: recomendações desenvolvidas de modo sistemático para auxiliar os profissionais de saúde e usuários no momento da tomada de decisões acerca de circunstâncias clínicas específicas;

VIII - gerência: administração de uma unidade ou órgão de saúde, tais como ambulatório, hospital, instituto e fundação, que se caracteriza como prestador de serviços do SUS;

IX - gestão: atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde municipal, distrital, estadual ou nacional, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, envolvendo as macro-funções de formulação de políticas/planejamento, financiamento, coordenação, regulação, controle e avaliação do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados e prestação direta de serviços de saúde;

X - gestão da clínica: práticas assistenciais e gerenciais desenvolvidas a partir da caracterização do perfil dos usuários por meio da gestão de leitos, co-responsabilização das equipes e avaliação de indicadores assistenciais;

XI - gerenciamento de leitos: dispositivo para otimização da utilização dos leitos, aumentando a rotatividade dentro de critérios técnicos, visando diminuir o tempo de internação desnecessário e abrir novas vagas para demandas represasdas;

XII - horizontalização do cuidado: a forma de organização do trabalho em saúde, na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão;

XIII - linha de cuidado: a estratégia de organização da atenção que viabiliza a integralidade da assistência por

XIV - Núcleo Interno de Regulação (NIR): constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário;

XV - Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH): Núcleo composto por profissionais das diversas áreas do hospital cuja finalidade é a garantia da qualidade da gestão do serviço de urgência e emergência e dos leitos de retaguarda às urgências na forma da Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011;

XVI - modelo de atenção: forma como é organizado o sistema de saúde a partir da compreensão do processo de saúde e doença, do modo como se organiza a oferta de serviços e suas formas de intervenção por meio dos modelos de práticas profissionais e institucionais estruturadas para o atendimento de necessidades individuais e coletivas, específicas para um determinado contexto histórico e social;

XVII - Plano Terapêutico: plano de cuidado de cada paciente, resultado da discussão da equipe multiprofissional, com o objetivo de avaliar ou reavaliar diagnósticos e riscos, redefinindo as linhas de intervenção terapêutica dos profissionais envolvidos no cuidado.

XVIII - ponto de atenção: espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular, como uma unidade ambulatorial especializada, uma unidade de atenção domiciliar, uma unidade de atenção paliativa, etc.;

XIX - prontuário único: o conjunto de documentos em saúde padronizados e ordenados, destinado ao registro dos cuidados que foram prestados aos usuários por todos os profissionais de saúde;

XX - Portas Hospitalares de Urgência e Emergência: serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, obstétricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, etc.

XXI - protocolo clínico: documento que normaliza um padrão de atendimento a determinada patologia ou condição clínica, identificando as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação;

XXII - RAS: malha que integra os diversos pontos de atenção em determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados de forma regulada para o atendimento ao usuário; e

XXIII - visita aberta: o acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio.

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES

Art. 6º São diretrizes da PNHOSP:

I - garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar;

II - regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais;

III - continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS;

IV - modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar;

V - acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS;

VI - atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização;

VII - gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS;

VIII - garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente;

IX - garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais;

X - financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão;

XI - garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena;

XII - transparência e eficiência na aplicação de recursos;

XIII - participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e

XIV - monitoramento e avaliação.

CAPÍTULO III

DOS EIXOS ESTRUTURANTES

Art. 7º São eixos estruturantes da PNHOSP:

III - Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho;

IV - Financiamento;

V - Contratualização; e

VI - Responsabilidades das Esferas de Gestão.

Seção I

Do Eixo de Assistência Hospitalar

Art. 8º A assistência hospitalar no SUS será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso.

Art. 9º A atenção hospitalar atuará de forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS e com outras políticas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado.

Art. 10. O acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades.

§ 1º O acesso à atenção hospitalar será organizado em consonância com as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e da Política Nacional de Regulação, de forma pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR), quando houver.

§ 2º As Portas Hospitalares de Urgência e Emergência deverão implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas.

§ 3º A equipe de saúde será integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais.

Art. 11. O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

§ 1º A clínica ampliada e a gestão da clínica serão a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia de visita aberta com a presença do acompanhante e com a valorização de fatores subjetivos e sociais.

§ 2º As equipes multiprofissionais de referência serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares.

§ 3º A horizontalização do cuidado será uma das estratégias para efetivação da equipe de referência, com fortalecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares.

§ 4º O Plano Terapêutico será elaborado de forma conjunta pelas equipes, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional.

§ 5º As equipes dos serviços hospitalares atuarão por meio de apoio matricial, propiciando retaguarda e suporte nas respectivas especialidades para as equipes de referência, visando a atenção integral ao usuário.

§ 6º O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

§ 7º Cabe ao hospital implantar os núcleos de Segurança do Paciente nos moldes descritos na Resolução da Diretoria Colegiada RDC - nº 36/Anvisa, de 25 de julho de 2013, de forma a elaborar um Plano de Segurança do Paciente, bem como garantir a implantação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

§ 8º Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos serão adotados para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, de acordo com o estabelecido pelo SUS.

§ 9º Ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde deverão ser implementadas para garantir a segurança do paciente com redução de incidentes desnecessários e evitáveis, além de atos inseguros relacionados ao cuidado.

Art. 12. Cabe ao hospital identificar e divulgar os profissionais que são responsáveis pelo cuidado do paciente nas unidades de internação, nos prontos socorros, nos ambulatórios de especialidades e nos demais serviços.

Art. 13. Cabe ao hospital implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência.

Art. 14. Os usuários internados, especialmente os idosos, gestantes, crianças, adolescentes e indígenas, possuem direito a acompanhante 24 (vinte e quatro) horas por dia.

Parágrafo único. O direito de crianças e adolescentes de brincar será assegurado, assim como o direito de

Art. 16. A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de:

I - orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;

II - articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e

III- implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS.

Seção II

Do Eixo de Gestão Hospitalar

Art. 17. A gestão da atenção hospitalar será pautada:

I - na garantia do acesso e qualidade da assistência;

II - no cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor;

III - na eficiência e transparência da aplicação dos recursos; e

IV - no planejamento participativo e democrático.

Art. 18. A gestão da atenção hospitalar no SUS será definida em consonância com o desenho da RAS, de acordo com:

I - o papel do hospital na rede;

II - a implementação de fluxos regulatórios;

III - a contratualização; e

IV - os critérios de monitoramento e avaliação.

§ 1º O gestor estadual, distrital ou municipal de saúde será responsável pela regulação da atenção hospitalar, nos termos da Política Nacional de Regulação do SUS, utilizando-se de protocolos assistenciais e de critérios de priorização de riscos e vulnerabilidades, conforme pactuação da CIB ou da CIR, quando existir, para proporcionar acesso ao cuidado adequado no tempo oportuno.

§ 2º Os hospitais disponibilizarão ações e serviços de saúde às centrais de regulação de acordo com o pactuado no instrumento formal de contratualização.

Art. 19. O Plano Diretor e os contratos internos de gestão do hospital, desde que monitorados e avaliados rotineiramente, poderão ser ferramentas adotadas para o cumprimento dos compromissos e metas pactuados com o gestor e para a sustentabilidade institucional.

§ 1º Cabe aos hospitais desenvolver estratégias para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização e da qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, utilizando-se dos resultados para subsidiar o processo de planejamento e gestão.

§ 2º A gestão participativa e democrática, a atuação da ouvidoria e as pesquisas de satisfação do usuário serão dispositivos de avaliação da gestão interna do hospital e da atenção.

§ 3º A ambiência hospitalar deverá adotar uma arquitetura inclusiva e com acessibilidade, seguindo as normas e legislações vigentes.

§ 4º Deverão ser garantidos o registro e a atualização regular dos dados nos sistemas oficiais de informação do SUS.

Art. 20. A administração dos hospitais será profissionalizada por meio de ações de indução e apoio à formação de competências específicas de profissionais que ocupem cargos de direção e de gerência intermediária.

Art. 21. A administração dos insumos, da infraestrutura, de recursos financeiros e a gestão da força de trabalho serão direcionados para o cumprimento do papel do hospital na RAS.

Art. 22. Para efeito de investimento pelo SUS, a direção do hospital pactuará junto aos gestores do SUS a demanda para ampliação ou reforma da capacidade instalada e incorporação de tecnologias que impliquem em acréscimos na contratualização.

Seção III

Do Eixo de Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho

Art. 23. Todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde no SUS constituem-se em campo de prática para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, devendo os hospitais integrantes do SUS desempenhar um importante papel na formação, tanto para suas equipes como para o matriciamento dos trabalhadores dos demais pontos de atenção da RAS, de acordo com o pactuado com os gestores.

§ 1º Os hospitais integrantes do SUS deverão participar tanto de ações de formação de novos profissionais de saúde, quanto de educação permanente em saúde, com prioridade para as áreas estratégicas do SUS, devendo integrar programas e políticas prioritárias de formação em saúde.

Art. 24. Os hospitais adotarão as seguintes estratégias de valorização dos trabalhadores:

- I - avaliação de desempenho;
- II - educação permanente; e
- III - avaliação da atenção à saúde do trabalhador.

§ 1º A avaliação de desempenho dos trabalhadores pressupõe a existência de oportunidades sistemáticas para análises individuais e coletivas do trabalho, com participação ativa dos trabalhadores, buscando a corresponsabilização das equipes com as avaliações.

§ 2º O programa de educação permanente em saúde deve ser oferecido aos profissionais de saúde das equipes dos hospitais, baseado no aprendizado em serviço, no qual o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano dos hospitais e das equipes.

§ 3º A atenção à saúde do trabalhador contemplará ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças e reabilitação.

Art. 25. A gestão da força de trabalho na atenção hospitalar no SUS será direcionada para aperfeiçoar mecanismos de provimento, fixação e habilitação de profissionais, buscando atender aos pressupostos descritos nesta Portaria.

Seção IV

Do Eixo de Financiamento

Art. 26. O financiamento da assistência hospitalar será realizado de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão, de acordo com as normas específicas do SUS.

Art. 27. A busca da sustentabilidade será uma das bases do custeio dos hospitais, considerando a sua população de referência, o território de atuação, a missão e o papel desempenhado na RAS, pactuados regionalmente.

§ 1º Todos os recursos que compõem o custeio das ações e serviços para a atenção hospitalar constarão em um único instrumento formal de contratualização, mediado pelo cumprimento de metas quali-quantitativas de assistência, gestão e ensino/pesquisa.

§ 2º As regiões com populações dispersas e rarefeitas em grandes extensões territoriais, como a Amazônia Legal, terão mecanismos de custeio que considerem as especificidades regionais.

Art. 28. Os recursos de investimento destinados à atenção hospitalar considerarão a ampliação da capacidade instalada, a renovação do parque tecnológico e a inovação de tecnologias, respeitando as especificidades regionais e as pactuações locais, de acordo com os seguintes critérios de priorização:

I - estar em consonância com as prioridades estabelecidas nos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais;

II - contemplar os projetos de implementação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritárias do SUS; e

III - priorizar regiões remotas com grandes vazios assistenciais.

Seção V

Do Eixo de Contratualização

Art. 29. Os gestores de saúde formalizarão a relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS por meio de instrumentos formais de contratualização, independente de sua natureza jurídica, esfera administrativa e de gestão.

Parágrafo único. A contratualização é a formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio de instrumento formal de contratualização.

Art. 30. A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa, de acordo com as seguintes diretrizes:

I - adequação das ações e serviços contratualizadas às necessidades locais e regionais pactuadas na CIB ou na CIR, quando houver;

II - definição das ações e serviços de saúde e atividades de ensino e pesquisa que serão disponibilizadas para o gestor;

III - estabelecimento de valores e formas de repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento e monitoramento de metas quali-quantitativas;

IV - aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais; e

V - efetivação do controle social e garantia de transparência.

Art. 31. O gestor local levará em consideração os seguintes critérios de priorização para a contratualização:

I - hospitais públicos, quais sejam federais, estaduais, distrital ou municipais;

III - hospitais de direito privado sem fins lucrativos que prestam o mínimo de 60% (sessenta por cento) dos seus serviços ao SUS;

IV - demais hospitais privados sem fins lucrativos; e

V - hospitais privados com fins lucrativos.

Seção VI

Do Eixo de Responsabilidades das Esferas de Gestão

Art. 32. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, representados por suas instâncias gestoras do SUS, são responsáveis pela organização e execução das ações da atenção hospitalar nos seus respectivos territórios, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos nesta Portaria.

§ 1º Compete ao Ministério da Saúde:

I - definir, implementar, monitorar e avaliar a PNHOSP em consonância com os princípios da universalidade, integralidade, equidade, controle social e descentralização com direção única em cada esfera de governo, da forma pactuada na CIT;

II - estabelecer, no Plano Nacional de Saúde, metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar em todo território nacional;

III - definir, monitorar e avaliar a contratualização da atenção hospitalar;

IV - co-financiar a atenção hospitalar, de forma tripartite;

V - estabelecer diretrizes nacionais para a educação permanente em saúde na atenção hospitalar, de acordo com a pactuação na CIT;

VI - estabelecer prioridades, fomentar e realizar pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas;

VII - fomentar a gestão de tecnologias em saúde direcionadas para a atenção hospitalar;

VIII - articular com o Ministério da Educação mudanças curriculares para os cursos de graduação e pós-graduação nas áreas da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado para atuação na atenção hospitalar;

IX - estabelecer, de acordo com a pactuação na CIT, mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho, de processos e de resultados;

X - ser co-partícipe da contratualização dos hospitais sob sua gerência com os gestores locais e realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual;

XI - organizar, executar e avaliar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência;

XII - prestar assessoria técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios no processo de qualificação da atenção hospitalar;

XIII - prestar assessoria técnica aos hospitais no processo de qualificação da atenção hospitalar; e

XIV - viabilizar parcerias com organismos internacionais e o setor privado para o fortalecimento da atenção hospitalar.

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

I - coordenar, no âmbito estadual ou do Distrito Federal, a implantação, o monitoramento e a avaliação da PNHOSP, de forma pactuada na CIB e na CIR;

II - estabelecer, no Plano de Saúde Estadual ou do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território;

III - estabelecer, de forma pactuada com os Municípios, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições;

IV - co-financiar a atenção hospitalar, de forma tripartite;

V - estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual;

VI - organizar, executar e/ou gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua responsabilidade;

VII - elaborar as prioridades e fomentar a realização de ensino e pesquisa que fortaleçam a assistência hospitalar aos usuários do SUS, em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação;

VIII - estabelecer, de forma pactuada com os Municípios, os mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho e qualidade;

IX - prestar assessoria técnica aos Municípios e hospitais no processo de qualificação da atenção hospitalar no seu território;

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

I - coordenar, no âmbito municipal e do Distrito Federal, a implantação, execução, monitoramento e avaliação da PNHOSP, de acordo com o pactuado na CIB e na CIR;

II - estabelecer, no Plano Municipal e do Distrito Federal de Saúde, as metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território;

III - estabelecer de forma pactuada com os Estados, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições;

IV - co-financiar a atenção hospitalar, de forma tripartite;

V - organizar, executar e gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência;

VI - estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e a avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual;

VII - estabelecer mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar em seu território, através de indicadores de desempenho e qualidade;

VIII - prestar assessoria técnica aos hospitais sob sua gestão no processo de qualificação da atenção e gestão hospitalar;

IX - estabelecer prioridades, fomentar e realizar pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação;

X - propor diretrizes municipais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e

XI - registrar e atualizar as informações relativas aos hospitais no âmbito do seu território nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 33. A implementação da PNHOSP será gradual, a partir da celebração de novas contratualizações, com prioridade para os hospitais que fazem parte das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritários do SUS.

Art. 34. Fica instituído o Comitê Gestor da Atenção Hospitalar, com composição tripartite, que monitorará e avaliará a PNHOSP periodicamente, além de estudar e aprofundar as discussões para o aprimoramento de seus eixos estruturantes.

§ 1º O Comitê Gestor de que trata o "caput" deverá aprofundar as discussões para reformulação do modelo de financiamento da atenção hospitalar.

§ 2º Ato específico do Ministro de Estado da Saúde regulamentará o funcionamento e disporá acerca da composição e competências do Comitê de que trata o "caput".

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 35. As unidades hospitalares certificadas como Hospitais de Excelência, nos termos da Portaria nº 936/GM/MS, de 27 de abril de 2011, cumprirão o disposto nesta Portaria quando atuarem na prestação de ações e serviços de saúde para o SUS.

Art. 36. A SAS/MS publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas para a execução da PNHOSP.

Art. 37. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA