

PORTARIA Nº 895, DE 31 DE MARÇO DE 2017.

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, UCO, queimados e Cuidados Intermediários adulto e 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 XVII, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, 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 o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do 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 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, Órteses, 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, 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 aprovado 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, UCO, queimados e Cuidados Intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, disponível no sítio: [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas).

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 ao paciente.

Art. 2º A Secretaria de Atenção à Saúde deverá regulamentar os procedimentos hospitalares do SIH/SUS para fins de ressarcimento das Unidades de Cuidados Intermediário Adulto e Pediátrico.

Art. 3º Todas as habilitações vigentes à data de publicação desta Portaria classificadas como 26.96 – UTI Adulto Tipo I e 26.98 – UTI Pediátrica Tipo I migrarão respectivamente para UCI-a e UCI-ped.

Parágrafo Único. Serão excluídos da Tabela de Leitos Complementares do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os tipos de leitos de UTI Adulto Tipo I (26.96) e UTI Pediátrica Tipo I (26.98) e incluídos os tipos de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Adulto (UCI-a) e Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico (UCI-ped), cabendo ao gestor local do SUS a inserção dos respectivos leitos no campo Leito Complementar - módulo “Leitos Existentes”.

Art. 4º As Unidades de Terapia Intensiva atualmente habilitadas como Tipo II ou Tipo III, permanecerão como tal, a menos que o gestor local do SUS se manifeste formalmente ao contrário.

Art. 5º Caberá à Coordenação-Geral de 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. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Ficam revogados a Portaria nº 3.432/GM/MS, de 12 de agosto de 1998, e os art. 6º e 7º da Portaria 2.994/GM/MS, de 13 de dezembro de 2011 e as demais disposições em contrário.

RICARDO BARROS

## ANEXO

### CAPÍTULO I

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

1. 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 resolubilidade;
- II. Garantir o cuidado progressivo por meio de acesso aos diferentes níveis da assistência adulta e pediátrica, pela disponibilização de unidades de cuidados intensivos e intermediários de forma integrada;
- III. Garantir a qualificação da atenção e a segurança do paciente nas Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários;
- 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 ou graves no SUS.

### CAPÍTULO II

#### DA ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIÁRIOS

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

2.1 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, ininterruptos, 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;
- II - Unidade de Terapia Intensiva Coronariana - UCO;
- III - Unidade de Terapia Intensiva Queimados UTI-q;
- IV - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrico UTI-ped; e
- V - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN.

2.2 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 - UCINCo;
- IV. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru - UCINCa.

2.3 Os pacientes que necessitem de 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.

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

2.5 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

3. 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.

3.1 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

4. Para a qualificação do cuidado ao paciente crítico, com aprimoramento dos processos de trabalho, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos, as 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);
- III - Adoção de equipes multiprofissionais de acordo com o estipulado para cada unidade, conforme esta Portaria;
- IV - Organização do trabalho das equipes multiprofissionais;
- V - Prontuário único compartilhado por toda equipe;
- VI - Implantação de mecanismos de gestão da clínica;
- VII - Garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;
- VIII - Garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
- IX - Submissão à auditoria do gestor local;
- X - Regulação integral pelas Centrais de Regulação;
- XI - Taxa de ocupação média mensal da unidade de, no mínimo, 90% (noventa por cento);
- XII - Cumprir os seguintes requisitos de Humanização:
  - a) Controle de ruído;
  - b) Controle de iluminação;
  - c) Climatização;
  - d) Iluminação natural;

- e) Garantia de visitas diárias e 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

5. 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  $SpO_2 > 92\%$ ;
- d) Traqueostomia recente ( $\leq 48h$ ), 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 intratorácicos, 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 nas seguintes condições:

- a) Convulsões não responsivas ao tratamento ou com necessidade de infusão contínua de drogas anticonvulsivantes;

- b) Inflamação aguda ou infecções meningéas, cerebrais ou medulares graves ou com déficit neurológico progressivo;
- c) Acometimento agudo e grave do sensorio, com risco de broncoaspiração;
- 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 subaracnoidéa 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, nas seguintes condições:

- a) Coagulopatia grave;
- b) Pacientes com citopenia grave com sangramento ativo ou comprometimento hemodinâmico ou respiratório;
- c) Síndrome de Lise Tumoral;
- d) Plasmaférese ou citoaférese em pacientes instáveis;
- e) 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:

- a) Cetoacidose diabética ou estadios hiperosmolar;
- b) Crise tireotóxica ou mixedematosa;
- c) Distúrbios eletrolíticos.

VI - Pacientes com doença gastrointestinal instável, nas 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 ou suporte ventilatório ou requerendo intenso cuidado multidisciplinar, nas seguintes condições:

- a) Cirurgias de grande porte;
- b) Cirurgias de médio porte com instabilidade hemodinâmica ou risco de falência respiratória ou de perviedade de vias aéreas;
- c) 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-operatório imediato.

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

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

IX - Doenças de outros sistemas ou vários sistemas:

- a) Intoxicação exógena com risco de descompensação;
- b) Disfunção de múltiplos órgãos;
- c) Hipertermia maligna;
- d) Grande queimado ou queimadura com risco de comprometimento respiratório;
- e) Hipotermia levando a instabilidade;
- f) Acidentes elétricos ou ambientais;
- g) Sepses com critérios de gravidade;
- h) Quase-afogamento com instabilidade ou afogamento.

5.1 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 em UTI-a

6. As Unidades de Terapia Intensiva Adulto poderão ser habilitadas em duas tipologias: Tipo II e Tipo III.

7. 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 operacional;

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

- a) Centro cirúrgico;
- b) Serviço radiológico convencional;
- c) Serviço de ultrassonografia portátil;
- d) Serviço de ecodopplercardiografia;
- 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 validado 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) Agência Transfusional 24 horas.

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

8. Para habilitação no SUS, a Unidades de Terapia Intensiva Adulto Tipo II deverá dispor, minimamente, dos materiais e equipamentos descritos nos apêndices I e II desta Portaria.

9. Para habilitação, a UTI-a 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 rotineiro, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;

II - 01 (um) médico rotineiro, com jornada de 04 (quatro) horas diárias, para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;

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:

- a) Suporte avançado de vida em cardiologia;
- b) Fundamentos em medicina intensiva;
- c) Via aérea difícil;
- d) Ventilação mecânica; e
- e) Suporte do doente neurológico grave.

IV - 01 (um) enfermeiro coordenador, com jornada mínima de 04 horas diárias, podendo acumular o papel de enfermeiro rotineiro, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;

V - 01 (um) enfermeiro rotineiro, com jornada de 04 (quatro) horas diárias, para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;

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

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

VIII - 01 (um) fisioterapeuta plantonista, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno, sendo exclusivo em pelo menos três turnos, perfazendo um total de 18 horas diárias;

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.

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

10. Os seguintes recursos assistenciais deverão ser garantidos no hospital 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 gastroenterológica;
- j) Assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise;
- k) Assistência clínica hematológica;
- l) Assistência clínica hemoterápica;
- m) Assistência clínica oftalmológica;
- n) 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.

11. Para habilitação, a Unidade de Terapia Adulto - UTI-a Tipo III, no SUS, deverá cumprir os seguintes critérios:

I - Dispor, minimamente, dos materiais e equipamentos descritos nos apêndices I e II 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 médicos plantonistas com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título, para cada 05 leitos ou fração;
- b) Enfermeiro responsável técnico com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;
- c) Um Enfermeiro plantonista, para cada 05 leitos ou fração, exclusivo da unidade;

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) Deverá contar com acesso, na unidade hospitalar, a Tomografia Computadorizada e Anatomia Patológica.

### Seção III

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

12. 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, com equipe interdisciplinar e multiprofissional, 24 horas por dia.

13. Para habilitação, a Unidade de Terapia Intensiva Especializada em Queimados -(UTI-q) deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - Estar localizada em Hospital habilitado pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade;

II - Possuir equipamentos, materiais, recursos humanos e assistenciais equiparados à UTI Tipo II ou III, conforme descritos nesta Portaria, para leitos Adultos e/ou Pediátricos;

III - Possuir isolamento físico entre os leitos;

IV- Prover acesso a médico cirurgião plástico em caráter permanente no hospital.

### Seção IV

#### Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO)

14. Unidade de Terapia Intensiva Coronariana ou Unidade Coronariana (UCO) é a Unidade de Terapia Intensiva dedicada ao cuidado a pacientes com Síndrome Coronariana Aguda.

15. Para habilitação em UCO, o hospital deverá cumprir os seguintes requisitos:

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

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

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

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

16. Poderá ser habilitado um percentual mínimo de 20%, dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva Adulto tipo II ou III já existentes, como leitos UCO, de acordo com sua necessidade, desde que o hospital cumpra os critérios específicos dispostos nesta Portaria.

17. As Unidades Coronarianas receberão custeio diferenciado estabelecido na Portaria nº 2.994/GM/MS, de 13 de dezembro de 2011 ou outra que venha a substituí-la, desde que cumpram os critérios de habilitação estabelecidos nesta Portaria.

## Seção V

### Da Unidade de Cuidados Intermediários - Adulto (UCI-a)

#### Subseção I

##### Crítérios de elegibilidade e de inelegibilidade - UCI-a

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

I - Pacientes clínicos ou cirúrgicos egressos da UTI-a 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 ou 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 apneia.

IV - Pacientes portadores de doença cardiovascular moderada, que necessitam intervenção multidisciplinar e monitorização frequente, nas 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, nas 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 subaracnóidea que necessitam apenas observação para sinais de vasoespasmos 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 sensório, que requerem monitorização cardiorrespiratória, 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, nas 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 cardiorrespiratória.

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, nas seguintes condições:

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

b) Hipocalemia ou hipercalemia;

c) Hipocalcemia ou hipercalemia;

d) Hipoglicemia ou hiperglicemia.

VIII - Pacientes com doença gastrointestinal potencialmente instável, que requerem intervenção multidisciplinar e monitorização, nas 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, nas 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 cardiorrespiratória 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) Sepses tratada, sem critérios de gravidade;
- e) Pacientes obstétricas admitidas 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 ou neurológica.

19. 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 instáveis em pós-operatório de cirurgias de médio;
- g) Pacientes estáveis, porém com comorbidades, em pós-operatório de cirurgias de médio porte;
- h) Pacientes vítimas de queimadura extensa (mais de 60% da superfície corporal queimada), afogamento ou politraumatizado, que tenham risco de sangramento, instabilidade hemodinâmica ou respiratória.

19.1 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 da UTI-a.

## Subseção II

Critérios de alta - UCI-a

20. Os pacientes serão avaliados e transferidos para unidades de internação, internação domiciliar ou na Unidade de Terapia Intensiva, nos seguintes casos:

I- quando houver resolução da doença ou da condição fisiológica que motivou a internação;

II- quando a necessidade de intervenção multidisciplinar intensiva ou semi-intensiva não for mais necessária; e

III- quando houver agravamento do quadro clínico que necessite cuidados acima da capacidade da UCI-a.

20.1 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

21. Para a habilitação, da UCI-a no SUS, o estabelecimento hospitalar deverá obrigatoriamente estar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, e garantir acesso a UTI-a tipo II ou III, bem como referência para serviços de maior complexidade.

22. Para habilitação no SUS, a Unidade de Cuidados Intermediários - Adulto deverá dispor, minimamente, dos materiais e equipamentos descritos nos apêndices I e II desta Portaria.

23. Para habilitação, a Unidade de Cuidados Intermediários Adulto deverá contar com a seguinte equipe multiprofissional mínima:

I - 01 (um) médico rotineiro com jornada de 04 (quatro) horas diárias, para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;

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

III - 01 (um) enfermeiro rotineiro com jornada de 04 (quatro) horas diárias, para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;

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

V - 01 (um) fisioterapeuta plantonista, para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno, sendo exclusivo em pelo menos três turnos, perfazendo um total de 18 horas diárias;

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.

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

23.2 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

24. As Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários - Adulto deverão, mensalmente, monitorar, manter atualizados e disponíveis ao gestor do SUS, os seguintes indicadores:

- 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 ao cateter vesical.

24.1. As fórmulas de cálculo dos indicadores estão descritos no apêndice V desta Portaria.

## CAPÍTULO IV

### DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIÁRIOS - PEDIÁTRICO

25. As Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários - Pediátrico 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.

25.1 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)

26. Para a qualificação do cuidado ao paciente crítico, com o aprimoramento dos processos de trabalho, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos, as 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);
- III - Contar com equipes multiprofissionais de acordo com o que está estipulado para cada unidade, conforme esta Portaria;
- IV - Organização do trabalho das equipes multiprofissionais;

- V - Manter prontuário único compartilhado por toda equipe;
- VI - Implantação de mecanismos de gestão da clínica;
- VII - Garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;
- VIII - Suporte para demais especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;
- IX - Garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
- X - Submissão à auditoria do gestor local;
- XI - Regulação integral pelas Centrais de Regulação;
- XII - Taxa de ocupação média mensal da unidade de, no mínimo, 90% (noventa por cento);
- XIII - 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.

26.1 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 internada, 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

27. São critérios de elegibilidade para admissão em UTI-ped:

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  $SpO_2 > 92\%$ ;
- d) Traqueostomia recente ( $\leq 48h$ ), 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 menores que 3/3h ou em infusão contínua;



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) 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, nas seguintes condições:

- a) Convulsões não responsivas ao tratamento ou com necessidade de infusão contínua de drogas anticonvulsivantes;
- b) Acometimento agudo e grave do sensório, 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 sensório 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 deterioração 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, nas 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, plasmaférese ou leucoaférese 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, nas 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/hipercalcemia grave;
- f) Hipo/hiperglicemia necessitando monitorização invasiva;
- g) Acidose metabólica grave necessitando monitorização e terapêutica específica;
- h) Erro inato do metabolismo com deterioração aguda, necessitando suporte respiratório, diálise ou outra terapêutica intervencionista.

VI - Pacientes com doença gastrointestinal instável, nas 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, nas 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-operatório imediato.

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

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

27.1 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

28. As Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica poderão ser habilitadas em duas tipologias: Tipo II e Tipo III.

29. 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 diagnóstico e terapêutica:

- a) Centro cirúrgico;
- b) Serviço radiológico convencional;
- c) Serviço de ultrassonografia portátil;
- d) Serviço de ecodopplercardiografia;
- e) Hemogasômetro 24 horas; e
- 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:

- 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 - ANVISA.

30. Para habilitação no SUS, as Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica Tipo II deverá dispor minimamente dos materiais e equipamentos descritos nos apêndices III e IV desta Portaria.

31. 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 rotineiro, com habilitação em Terapia Intensiva Pediátrica comprovada por título;

II - 01 (um) médico rotineiro, com jornada de 04 (quatro) horas diárias, para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva Pediátrica comprovada por título;

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:

- a) Suporte avançado de vida em pediatria;
- b) Fundamentos em Terapia 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 rotineiro, com habilitação em Terapia Intensiva Pediátrica comprovada por título;

V - 01 (um) enfermeiro rotineiro, com jornada de 04 (quatro) horas diárias, para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva Pediátrica comprovada por título;

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

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

VIII - 01 (um) fisioterapeuta plantonista, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno, sendo exclusivo em pelo menos três turnos, perfazendo um total de 18 horas diárias;

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.

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

32. 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 nefrológica, 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.

33. Para habilitação, a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - UTI-ped Tipo III no SUS, deverá cumprir os seguintes critérios:

I - Dispor, minimamente, dos materiais e equipamentos descritos nos apêndices III e IV desta Portaria para UTI-ped Tipo III;

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

- a) Ao menos 50% dos médicos plantonistas com habilitação em Terapia Intensiva Pediátrica comprovada por título, para cada 05 leitos ou fração;
- b) Enfermeiro responsável técnico com habilitação em Terapia Intensiva Pediátrica comprovada por título;
- c) Um Enfermeiro plantonista, para cada 05 leitos ou fração, exclusivo da unidade;
- 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) Deverá contar com acesso na unidade hospitalar a Tomografia Computadorizada e Anatomia Patológica.

### Seção III

Unidades de Cuidados Intermediários - Pediátrico (UCI-ped)

#### Subseção I

## Critérios de elegibilidade e inelegibilidade - UCI-ped

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

I - Pacientes clínicos ou cirúrgicos egressos da UTI-ped 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, máscara de Venturi, capacete ou tenda;

c) Suporte ventilatório não invasivo em pacientes egressos da UTI-ped 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 requerem monitorização de sinais vitais com indicação de fisioterapia intensiva;

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

IV - Pacientes portadores de doença cardiovascular moderada, que necessitam intervenção multidisciplinar e monitorização, nas 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, nas 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 sensório, que requerem 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, nas 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, na seguinte condição:

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, nas 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, nas 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 frequente, nas 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 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) Sepses tratadas, sem critérios de gravidade;
- e) Paciente vítima de queimaduras ou alterações cutâneas, como úlcera por pressão, que demandem atenção multidisciplinar e cuidados de enfermagem intensivos;
- f) Paciente vítima de quase-afogamento, sem instabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica.

35. 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 instáveis em pós-operatório de cirurgias de médio;
- h) Pacientes estáveis, porém com comorbidades, em pós-operatório de cirurgias de médio porte;
- i) Pacientes vítimas de queimadura extensa (mais de 60% da superfície corporal queimada), afogamento ou politraumatizado, que tenham risco de sangramento, instabilidade hemodinâmica ou respiratória.

35.1 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 da UTI-ped.

## Subseção II

### Critérios de alta - UCI-ped

36. Os pacientes serão avaliados e transferidos para unidades de internação, internação domiciliar ou na Unidade de Terapia Intensiva, nos seguintes casos:

- I - quando houver resolução da doença ou da condição fisiológica que motivou a internação;
- II - quando a necessidade de intervenção multidisciplinar intensiva ou semi-intensiva não for mais necessária; e
- III - quando houver agravamento do quadro clínico que necessite cuidados acima da capacidade da UCI-ped.



36.1 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 III

#### Critérios de Habilitação - UCI-ped

37. Para a habilitação da UCI-ped no SUS, o estabelecimento hospitalar deverá obrigatoriamente estar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, e garantir acesso a UTI-ped Tipo II ou III, bem como referência para serviços de maior complexidade.

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

39. Para a habilitação, a Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico deverá contar com a seguinte equipe de multiprofissional mínima:

I - 01 (um) médico rotineiro com jornada de 04 (quatro) horas diárias, para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva Pediátrica comprovada por título;

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

III - 01 (um) enfermeiro rotineiro com jornada de 04 (quatro) horas diárias, para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva Pediátrica comprovada por título;

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

V - 01 (um) fisioterapeuta plantonista, para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno, sendo exclusivo em pelo menos três turnos, perfazendo um total de 18 horas diárias;

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.

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

39.2 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, sem prejuízo da existência de um coordenador adjunto específico para a UCI-ped.

### Seção IV

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

40. As Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários - Pediátrico deverão, mensalmente, monitorar, manter atualizados e disponíveis ao gestor do SUS, os seguintes indicadores:

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.

40.1 As fórmulas de cálculo dos indicadores estão descritas no apêndice V desta Portaria.

## CAPÍTULO V

### NORMAS E CRITÉRIOS PARA HABILITAÇÃO

41. Para fins desta Portaria serão considerados os seguintes conceitos:

I - Credenciamento de Unidade de Terapia Intensiva é o ato do respectivo Gestor Municipal, Estadual ou Distrital 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 nesta Portaria;

II - Habilitação de Unidade de Terapia Intensiva e habilitação de Unidade de Cuidado Intermediário é o ato do Gestor Federal que ratifica o credenciamento do Gestor Municipal, Estadual ou Distrital do SUS.

42. O processo de habilitação de Unidade de Terapia Intensiva e de Unidade de Cuidado Intermediário deverá seguir o seguinte trâmite:

I - A solicitação de habilitação se dará através do Sistema de Apoio a Implementação de Políticas de Saúde – SAIPS, pelo respectivo gestor competente, devendo os documentos ser anexados de acordo com o solicitado no site: <http://saips.saude.gov.br>;

II - O respectivo gestor de saúde competente deverá atualizar as informações no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES.

42.1 O processo de credenciamento/habilitação da Unidade deverá ficar na posse do gestor Municipal, Estadual ou Distrital 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.

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

42.3 O MS poderá realizar vistoria *in loco* para avaliar os critérios de habilitação a qualquer tempo.

## APÊNDICE I

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

Equipamentos	UTI-a tipo II	UTI-a tipo III	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	01 (um) por leito	01 (um) por leito	01 (um) por leito	01 (um) por leito

paciente.				
Equipamentos	UTI-a tipo II	UTI-a tipo III	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	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 Apêndice 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	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.

## APÊNDICE 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 laríngeas, 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 cardiorrespiratória

## 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
- Luvas 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

## IV- 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
- Furosemida (injetável)
- Hidrocortisona
- Dexametasona (injetável)
- Metilprednisolona
- Salbutamol (injetável)
- Midazolam (injetável)
- Diazepam (injetável)
- Fenobarbital (injetável)
- Difenilhidantoína (injetável)
- Dipirona (injetável)
- Metoclopramida
- Cetamina
- Propofol
- Fentanil (injetável)
- Thionembutal
- 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

### APÊNDICE 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 cateterização 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 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.	02 (dois) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 03 (três) leitos.
Cama Fowler 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
<b>EQUIPAMENTOS</b>	UTI - ped tipo II	UTI - ped tipo III	UCI - ped
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

Eletrocardiógrafo 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 concentrações 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 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.	02 (dois) por leito. RESERVA: 01 (um) para cada 03 (três) leitos.
Equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo/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.
<b>EQUIPAMENTOS</b>	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,	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

contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências.			
Máscaras com reservatório, capacetes ou tenda para oxigenoterapia.	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) equipamento 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 Apêndice 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 de 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 respiratória e temperatura.	01 (um) para cada leito	01 (um) para cada leito	01 (um) para cada leito
<b>EQUIPAMENTOS</b>	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	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.
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, para 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 vácuo.	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.

#### APÊNDICE 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 Magyll, tamanhos adulto e pediátrico Tubos endotraqueais tamanhos de 2,5 a 5,0 sem balonete e de 4,5 a 8,0 com balonete
- Máscaras laríngeas, tamanhos 1 a 5
- Cânulas orofaríngeas (Guedel), de todos os tamanhos disponíveis

- Cânulas nasofaríngeas, de todos os tamanhos disponíveis (12 a 26 Fr)
- Kit para cricotireoidotomia
- Sensor de oxímetro de pulso para neonato, crianças e adultos
- Cateter de aspiração traqueal nº 4, 6, 8, 10,12 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 cardiorrespiratória

## 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, 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 Folley nº 8, 10, 12, 14 e 16 Fr
- Tesouras
- Conectores em "T"
- Eletrodos de tamanhos adulto e pediátrico

## IV- 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)
- Thionembutal
- 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

APÊNDICE V

INDICADORES

Nome do Indicador	Conceituação	Método de Cálculo (com fórmula e unidade)	Definição de Termos utilizados no Indicador: a) Numerador b) Denominador		Periodicidade e 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 destinadas a atenção a adultos. Está relacionado ao intervalo de substituição e a média de permanência.	Nº Pacientes-dia UTI Adulto/ Leitos-dia operacionais UTI Adulto *100	Nº Pacientes-dia UTI Adulto	Leitos-dia operacionais UTI Adulto	Mensal
Tempo de permanência a UTI adulto	Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados na Unidade de Terapia Intensiva destinada a adultos (inclui Unidade coronariana) do hospital.	Nº Pacientes-dia UTI Adulto/ Nº Transferências internas de saída + Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) da UTI Adulto	Nº Pacientes-dia UTI Adulto	Nº Transferências internas de saída + Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) UTI Adulto	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.	Nº de Infecções Hospitalares associadas a Cateter Vascular Central - UTI Adulto/ Nº de cateter-dia UTI Adulto *1000	Nº de Infecções Hospitalares associadas a Cateter Vascular Central - UTI Adulto	Nº de Cateter-dia UTI Adulto	Mensal

Nome do Indicador	Conceituação	Método de Cálculo (com fórmula e unidade)	Definição de Termos utilizados no Indicador: a) Numerador b) Denominador		Periodicidade e de Compilação e Apuração dos Dados
Tempo de permanência na 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.	Nº Pacientes-dia UTI Pediátrica/ Nº Transferências internas de saída + Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) da UTI Pediátrica	Nº Pacientes-dia UTI Pediátrica	Nº Transferências internas de saída + Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) UTI Pediátrica	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.	Nº Pacientes-dia UTI Pediátrica / 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 Peditátrica	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.	Nº de Infecções Hospitalares associadas a Cateter Vascular Central - UTI Pediátrica/ Nº de cateter-dia UTI Pediátrica*1000	Nº de Infecções Hospitalares associadas a Cateter Vascular Central - UTI Pediátrica	Nº de Cateter-dia UTI Pediátrica	Mensal



Nome do Indicador	Conceituação	Método de Cálculo (com fórmula e unidade)	Definição de Termos utilizados no Indicador:a) Numerador b) Denominador		Periodicidade e de Compilação e Apuração dos Dados
Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) na UTI Peditátrica	Medir a exposição ao fator de risco para aquisição da infecção específica (sepse 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 (PAV)	Aferir os casos de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV): Infecção diagnosticada após 48h de ventilação mecânica até a sua suspensão.	TDI Pneumonia/1000 VM dia = nº de Pneumonias associadas a VM X 1000/nº de dias de VM (VM/dia) TDI: Taxa de densidade de incidência de pneumonia VM: ventilador mecânico	nº de Pneumonias associadas a VM X 1000	nº de dias de VM (VM/dia)	Mensal
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 = $\frac{\text{Número de dias de VM}}{\text{Total de pacientes-dia}}$	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	Critérios padronizados segundo o NHSN

	cateter não importante o tempo de permanência e na ausência de outro foco identificado.	
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 nas 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.