

Seção V  
Atribuições do Comitê Gestor Regional às Urgências e Emergências  
Art. 25 – Compete ao Comitê Gestor Regional às Urgências e Emergências:

I – o monitoramento do acesso à Urgência e Emergência nas 24 (vinte e quatro) horas nos 7 (sete) dias da semana por meio do Complexo Regulador;

II – emitir parecer, entre os representantes do Estado e dos Municípios, sobre assuntos referentes à Rede de Resposta às Urgências, a fim de subsidiar as decisões das Comissões Intergestores Regionais Ampliadas CIRAs nas discussões da atenção às urgências e emergências;

III – submeter seus pareceres à aprovação da CIRa;

IV – realizar visitas técnicas, periódicas, para o acompanhamento e validação da execução dos compromissos assumidos pelas entidades, emitindo mensalmente relatório de adequação aos contratos que deve ser homologada pelas Comissões Intergestores Regionais Ampliadas (CIRA) para encaminhamento à Secretaria de Estado da Saúde;

V – analisar e validar os relatórios mensais apresentados pelas entidades;

VI – propor modificações, alterações, medidas corretivas, inclusões e exclusões quanto às entidades que compõem a rede de urgência e emergência, inclusive nas especialidades médicas presenciais, alcançáveis e sobreavios, descritas no Anexo I desta Resolução, desde que resguardados o acesso e o atendimento adequados aos pacientes no mesmo Município;

§ 1º – Para subsidiar suas decisões, o Comitê Gestor poderá constituir câmaras temáticas de acordo com o perfil epidemiológico da região ou com as peculiaridades do parecer demandado.

§ 2º – Para a composição do Comitê Gestor Macrorregional das Urgências e Emergências, bem como seu Regimento Interno, deverá ser observado o disposto na Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.430, de 6 de dezembro de 2016, ou ato deliberativo que vier a substituí-la.

§ 3º – As propostas apresentadas deverão ser avaliadas e aprovadas pela Coordenação Estadual de Urgência e Emergência e homologadas na Comissão Intergestores Bipartite – CIB-SUS/MG.

#### CAPÍTULO V

##### DA PRESTAÇÃO DE CONTAS FINANCEIRAS E ASSISTENCIAIS

Art. 26 – A prestação de contas dos recursos repassados Fundo a Fundo será realizada anualmente, nos prazos constantes em normativos vigentes, e ao término da vigência dos respectivos termos, observado o disposto no Decreto Estadual nº 45.468, de 13 de setembro de 2010.

§ 1º – O Relatório de Cumprimento de metas qualitativas e quantitativas deverá ser enviado, por meio do Sistema Eletrônico SIG-RES, disponibilizado pela SES/MG, conforme Resolução SES nº 5.262/2016, ou outra que a substituir.

§ 2º – O Comitê Gestor Regional das Urgências emitirá parecer acerca do Relatório de Cumprimento de Metas que será submetido à aprovação das Comissões Intergestores Regionais Ampliadas (CIRA).

§ 3º – A análise do Relatório de Cumprimento de Metas compreenderá regularização de eventuais inconformidades passíveis de serem sanadas.

#### CAPÍTULO VI

##### DO REMANEJAMENTO DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 27 – No tocante ao remanejamento dos recursos financeiros da Rede de Urgência e Emergência, a solicitação deverá ser apresentada à CIRA, conforme disposto no Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.288, de 16 de março de 2016, ou outra que a substituir.

#### CAPÍTULO VII

##### DA DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 28 – Fica revogada a Resolução SES/MG nº 2.607, de 7 de dezembro de 2010.

Art. 29 – Esta Resolução entra em vigor na data de 01 de janeiro de 2019.

Belo Horizonte, 13 de novembro de 2018.  
NALTON SEBASTIÃO MOREIRA DA CRUZ  
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXOS I, II, III, IV E V DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.478, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2018  
(disponível no site eletrônico [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)).  
ANEXO I DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.478, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2018.

##### DA TIPOLOGIAS

I - Hospital de Urgência Nível IV - Hospitais situados em áreas de vazios assistenciais que estejam acima de 60 minutos de uma referência hospitalar de Região de Saúde ou de acordo com especificidade e necessidade local; e que esteja estruturado para prestar atendimento a situações de urgência e emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade a assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado em funcionamento 24 horas, por dia 7 dias por semana, para atendimento a demanda espontânea e referenciada.

I.1. Plantão presencial 24 horas: médico plantonista, enfermeiro e equipe de enfermagem.

I.2. Recursos tecnológicos presentes no hospital (24 horas): análises clínicas laboratoriais (acessível), eletrocardiografia (disponível nas dependências do hospital), radiologia convencional e sala de urgência equipada com carrinho de emergência, devendo sua composição e conferência estar devidamente registrada conforme os protocolos institucionais.

II - Hospital Geral de Urgência Nível III – Hospital referência para a Região de Saúde com população acima de 100.000 habitantes; e que esteja estruturado para prestar atendimento a situações de urgência e emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade a assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado em funcionamento 24 horas, por dia 7 dias por semana para atendimento a demanda espontânea e referenciada.

II.1. Plantão presencial na porta 24 horas: Equipe composta por um médico plantonista para atendimento de adulto, um médico plantonista para atendimento de crianças, gineco-obstetra, enfermeiro e equipe de enfermagem.

II.1.2. Plantão médico sobreaviso das especialidades: cirurgia geral, traumatologia e ortopedia e anestesia.

II.2. Recursos tecnológicos presentes na Entidade (24 horas): análises clínicas laboratoriais (acessível), eletrocardiografia (nas dependências do hospital), radiologia convencional (nas dependências do Hospital), contrato com Centro Hemoterápico de Referência, sala de ressuscitação/sala vermelha, RX móvel e ultrassonografia (acessível), sala cirúrgica disponível nas dependências do Hospital

III - Hospital Geral de Urgência Nível II – Hospital referência para a Região de Saúde com população acima de 200.000 habitantes em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana, para atendimento a demanda espontânea e referenciada.

III.1. Plantão presencial na porta 24 horas: Médicos plantonistas, pediatra, traumatologia- ortopedista, gineco-obstetra, enfermeiro e equipe de enfermagem.

III.1.1. Plantão médico alcançável na Entidade das especialidades: cirurgia geral e anestesia. Os casos de suspeita de lesão vascular deverão ser assumidos pelo cirurgião geral. O médico anestesista deverá estar presente na entidade e disponível para a porta.

III.1.2. Plantão médico de sobreaviso das especialidades: neurologista, ainda que por telemedicina, de um Hospital Geral de Urgência Nível I Acidente Vascular Cerebral (AVC). Seguindo os fluxos estabelecidos para pactuação em consonância com a legislação vigente.

2. Recursos tecnológicos presentes na Entidade (24 horas): análises clínicas laboratoriais (acessível), endoscopia digestiva (acessível), eletrocardiografia (nas dependências do hospital), radiologia convencional (nas dependências do hospital), contrato com Centro Hemoterápico de Referência, sala de ressuscitação, RX móvel (nas dependências do hospital) e ultrassonografia (acessível), acesso a tomografia computadorizada (nas dependências do hospital), Bloco Cirúrgico disponível (nas dependências do hospital) Terapia Intensiva Adulto e/ou Pediátrica. Hospital Geral de Urgência Nível I do Trauma: Hospital referência para a Região Ampliada de Saúde com população acima de 1.000.000 habitantes em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana para atendimento a demanda espontânea e referenciada.

IV.1.1. Plantão presencial 24 horas: Médicos plantonistas, pediatra, cirurgião geral do trauma, gineco- obstetra, traumatologia-ortopedista, enfermeiro e equipe de enfermagem.

IV.1.2. Plantão médico alcançável na Entidade das especialidades: neurocirurgia, anestesista. O médico anestesista e neurocirurgião deverão estar presente na entidade e disponível para a porta.

IV.1.3. Plantão médico de sobreaviso das especialidades: cirurgião plástico, cirurgião vascular, buco-maxilo facial e outras especialidades de acordo com as necessidades locais e avaliação do comitê gestor de urgência e emergência da Região Ampliada de Saúde, tais como: cirurgia pediátrica, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, etc.

IV.2. Recursos tecnológicos presentes na Entidade (24 horas): análises clínicas laboratoriais (acessível), endoscopia digestiva (acessível), eletrocardiografia (nas dependências do hospital), radiologia convencional

(nas dependências do hospital), contrato com Centro Hemoterápico de Referência, sala de ressuscitação, RX móvel (nas dependências do hospital), ultrassonografia (nas dependências do hospital), acesso a tomografia computadorizada (nas dependências do hospital), Bloco Cirúrgico (nas dependências do hospital), Terapia Intensiva.

Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM): Hospital referência para a Região Ampliada de Saúde com população acima de 600.000 habitantes em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana para atendimento a demanda espontânea e referenciada, sendo factuado o referenciamento, após acolhimento com classificação de risco de Manchester e o atendimento médico, de acordo com a grade de referência pactuada na Região A entidade hospitalar para ser contemplada como Referência às Doenças Cardiovasculares (IAM) deverá possuir habilitação ou estar em processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde em Alta Complexidade em Cardiovascular.

V.1- Plantão presencial 24 horas: médico plantonista, cardiologista, enfermeiro e equipe de enfermagem.

V.1.1- Plantão médico de sobreaviso: médico hemodinamicista, anestesista e cirurgião cardiovascular.

V.2-Recursos tecnológicos presentes na entidade (24 horas): análises clínicas laboratoriais (acessível), endoscopia digestiva (acessível), eletrocardiografia (nas dependências do hospital), radiologia convencional (nas dependências do hospital), contrato com Centro Hemoterápico de Referência ou agência transfusional ou assistência hemoterápica, sala de ressuscitação, com RX móvel, ultrassonografia (nas dependências do hospital), acesso a tomografia computadorizada, Bloco Cirúrgico nas dependências do hospital, Terapia Intensiva e/ou Unidade Coronariana - UCO, ecocardiografia (acessível 24 horas) e hemodinâmica (nas dependências do hospital).

VI Hospital de Referência à Doença Acidente Vascular Cerebral: Hospital referência para a Região Ampliada de Saúde com população acima de 600.000 habitantes em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana para atendimento a demanda espontânea e referenciada. A entidade hospitalar para ser contemplada como Referência às Doenças Acidente Vascular Cerebral deverá possuir habilitação em Alta Complexidade em Neurocirurgia.

VII.1. Plantão presencial 24 horas das especialidades: médico plantonista, enfermeiro e equipe de enfermagem.

VII.1.1. Médico neurologista deverá ser formalizado o atendimento do mesmo disponível em até 30 (trinta) minutos da admissão do paciente (plantão presencial, sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina).

VII.1.2. Plantão médico alcançável das especialidades: Anestesista.

VII.2-Plantão médico de sobreaviso das especialidades: médico hemodinamicista, radiologista intervencionista e médico neurocirurgião.

VII.2.1 – médico neurocirurgião 24 (vinte e quatro) horas/dia, seja próprio, presencial ou disponível em até 2 (duas) horas, ou referenciada, disponível em até 2 (duas) horas.

VII.2.2 Recursos tecnológicos presentes na entidade (24 horas): análises clínicas laboratoriais (acessível), endoscopia digestiva (acessível), eletrocardiografia (nas dependências do Hospital), radiologia convencional (nas dependências do hospital), sala de ressuscitação, RX móvel, ultrassonografia (acessível), tomografia computadorizada (nas dependências do hospital), Bloco Cirúrgico (nas dependências do hospital) Terapia Intensiva, ecocardiografia (acessível), hemodinâmica (acessível), ressonância nuclear magnética (acessível) e capacidade de receber ou fornecer orientação a outros centros por telemedicina. O serviço de telemedicina deverá ser descrito no fluxo assistencial, seguindo o que foi estabelecido nas pactuações.

VII- Hospital Geral de Urgência Nível I Polivalente: Hospital referência para a Região Ampliada de Saúde com população acima de 1.000.000 habitantes, possuir habilitação em alta complexidade em pelo menos duas linhas de cuidado (traumato-ortopedia, cardiovascular ou neurocirurgia) e que realize todos os atendimentos das tipologias hospitalares contidas neste anexo e em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana para atendimento a demanda espontânea e referenciada.

VII.1- Plantão presencial 24 horas: Médicos plantonistas, pediatra, cirurgião geral do trauma, gineco-obstetra, traumatologia-ortopedista, neurologista (se habilitado em Alta Complexidade em neurologia), cardiologista (se habilitado em Alta Complexidade em cardiologia), enfermeiro e equipe de enfermagem.

VII.1.1- Médico neurologista deverá ser formalizado o atendimento do mesmo disponível em até 30 (trinta) minutos da admissão do paciente (plantão presencial, sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina)

VII.1.1-Plantão médico alcançável na Entidade da especialidade: neurocirurgião e anestesiológico.

VII.1.2- Médico neurocirurgião 24 (vinte e quatro) horas/dia, seja próprio, presencial ou disponível em até 2 (duas) horas, ou referenciada, disponível em até 2 (duas) horas.

VII.1.2- Plantão médico sobreaviso das especialidades: médico hemodinamicista, radiologia intervencionista, cirurgião cardiovascular, cirurgião plástico, cirurgião vascular, buco-maxilo facial e outras especialidades de acordo com as necessidades locais e avaliação do comitê gestor de urgência e emergência da Região Ampliada de Saúde, tais como: cirurgia pediátrica, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, etc.

VII.2-Recursos tecnológicos presentes na entidade (24 horas): análises clínicas laboratoriais (acessível), endoscopia digestiva (acessível), eletrocardiografia (nas dependências do hospital), radiologia convencional (nas dependências do hospital), contrato com Centro Hemoterápico de Referência, sala de ressuscitação com RX móvel e ultrassonografia (nas dependências do hospital), tomografia computadorizada (nas dependências do hospital), Bloco Cirúrgico (nas dependências do hospital), Terapia Intensiva e/ou Unidade Coronariana, ecocardiografia (acessível), hemodinâmica (acessível), unidade de AVC, ressonância nuclear magnética, angiografia intervencionista (acessível) e capacidade de orientação de outros centros por telemedicina.

ANEXO II DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.478, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2018.

##### DO COMPLEXO REGULADOR

O complexo regulador da assistência é uma estrutura de representação da governança (CIRA e seu comitê gestoras urgência) da rede que tem como premissa garantir a melhor resposta, no tempo adequado, para situações de gravidade com potencial de deterioração rápida, com garantia de escuta médica ininterrupta e com autoridade delegada pelo poder público e pactuada com todos os componentes da rede para a gestão do fluxo mais correto de acordo com linhas-guia, baseando a decisão em 3 princípios:

1) gravidade (risco) estimada,  
2) tempo máximo definido para a resposta à situação estimada recurso mais adequado

Esta estrutura tem como finalidade garantir e coordenar a resposta a uma situação aguda baseada em 3 momentos:

Momento 1: Acesso telefônico de alguém com risco de saúde instalado de forma abrupta, que consiga classificar o risco instalado, definir o local, mobilizar, se necessário, um recurso móvel mais adequado e identificar a resposta mais apropriada a essa situação, levando em conta as variáveis tempo, recurso necessário e gravidade presumida (risco). O responsável por isto é um médico, que coordena a resposta e representa no momento deste ato (regulação) a autoridade delegada da gestão desta rede. É importante salientar que, quanto mais maduro o sistema de urgências, maior o nível de utilização do acesso por telefone. A meta deveria ser que todos os pacientes em situação de risco agudo fossem “coordenados” por esta primeira resposta (o acesso de pacientes a estruturas não adequadas é que causa o atraso na resposta e consequentemente aumento de mortalidade).

Momento 2: Definidos os riscos (ou diagnóstico síndrome), identificado o meio mais adequado de transporte e o local mais correto de recepção (não necessariamente é o mais perto), é necessário preparar a resposta no local, para que a equipe adequada esteja presente no momento em que o paciente entrar na estrutura de atendimento. Esta resposta deve ser monitorada pelo complexo e inclui: Equipe presente no Pronto Socorro Equipe disponível à distância

Recursos e estruturas necessárias à resposta inicial (ex: Centro de hemodinâmica, Sala cirúrgica etc.)

Responsável no local diário pela ativação das equipes.  
Momento 3: A estrutura de retaguarda (leito resolutivo) também deve ser monitorada pelo complexo, que precisa regular os recursos (leitos) para auxílio na decisão. Para isso deve aderir (ou interfacear) ao software de regulação assistencial do estado (SUS- Fácil) e garantir que os leitos de retaguarda para a rede de urgência sejam especificados (principalmente nos hospitais que recebem recursos e que foram classificados pela resolução, ex: hospitais de trauma maior nível 1 etc.). Quando a entrada do paciente se dá em um ponto de atenção e que solicita de forma virtual a transferência para um ponto de atenção mais complexo, a regra de tomada de decisão baseada nos 3 princípios também se impõe e deve ser usada com base nas linhas-guia pré-definidas

O Complexo regulador deve garantir que o recurso da pactuação regional (PPI) “siga” o paciente e seus relatórios devem servir de base para

mudanças nesta. O complexo também se responsabiliza pela regulação da transferência de pacientes, sendo o responsável pela garantia de transferência de situações de maior gravidade e que exijam transporte especializado (ex: UTI móvel, transporte aéreo etc.)

ANEXO III DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº

6.478, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2018.

##### DA REGIÕES AMPLIADAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS

I- Região Ampliada de Saúde Nordeste: YLL136;

II - Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha: YLL 111;

III - Região Ampliada de Saúde Centro Sul: YLL92;

IV- Região Ampliada de Saúde Leste: YLL 91;

V- Região Ampliada de Saúde Centro: YLL 87;

VII - Região Ampliada de Saúde Sudeste: YLL87;

VII - Região Ampliada de Saúde Triângulo Sul: YLL 87;

VIII - Região Ampliada de Saúde Noroeste: YLL84;

IX- Região Ampliada de Saúde Leste do Sul: YLL 83;

X- Região Ampliada de Saúde Oeste: YLL82;

XI - Região Ampliada de Saúde Sul: YLL79; E

XII- Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte: YLL79.

ANEXO IV DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº

6.478, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2018.

##### DA CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ GESTOR REGIONAL AS URGENCIAS E EMERGENCIAS

O Comitê Gestor Regional de urgências será constituído, preferencialmente, pelo (s):

10s Diretores das Unidades Regionais de Saúde da Região Ampliada;

2-1 (um) gestor de cada cidade Polo da Região Ampliada de Saúde;

3-1 (um) representante de cada Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS) Regional;

4-1 (um) representante de cada cidade polo de Região de Saúde (microrregião);

5-1 (um) conselheiro do Colegiado de Conselhos de Saúde e na inexistência dessa instância, um Conselheiro Municipal de Saúde de cada cidade polo da Região Ampliada de Saúde (RAS);

6- O Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência;

7 - O diretor geral do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Municipal (quando se aplicar);

8 - O coordenador médico da Central de Regulação das Urgências do SAMU 192 Regional;

9 - O coordenador médico da Central de Regulação das Urgências do SAMU 192 Municipal (quando se aplicar);

10- 1 (um) representante do Corpo de Bombeiros;

11- O Coordenador Estadual da Central de Regulação Macrorregional da Região Ampliada de Saúde;

12- O gestor municipal da Central de Regulação da Macrorregião;

13- 1 (um) representante do Ministério da Saúde;

14- membros do Grupo Condutor Estadual nas suas respectivas regiões;

e 15- Pelo menos 1 (um) representante técnico de cada uma das seguintes áreas técnicas das unidades regionais de saúde:

a) Vigilância Sanitária (VISA);

b) Núcleo de Regulação (NREG);

c) Núcleo de Redes Assistenciais à Saúde (NRAS);

d) Núcleo de Atenção Primária à Saúde (NAPRIS); e

e) Núcleo de Gestão Regional (NGR).

ANEXO V DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.478,

DE 13 DE NOVEMBRO DE 2018.

##### DA CONCEITUAÇÕES

Para os efeitos desta Resolução, serão adotadas as seguintes definições:

Contrapartida de custeio do Programa Rede de Resposta: é um incentivo financeiro complementar para custeio das equipes assistenciais que prestam atendimento direto às Urgências e Emergências dos Hospitais ou serviços equivalentes aos pontos de atenção hospitalares de urgência e emergência que compõem o Programa Rede de Resposta às Urgências e Emergências das Regiões Ampliadas de Saúde do Estado de Minas Gerais.

Portas de Entrada de Urgência: São os serviços instalados em Hospitais ou serviços equivalentes aos pontos de atenção hospitalares de urgência e emergência que presta atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências.

Telemedicina/telessaúde: é a utilização de sistemas de comunicação ou teleconferência que incluem o compartilhamento de vídeo, som e dados de imagem, permitindo a avaliação remota de um paciente, preferencialmente vinculado a um Centro de Atendimento de Urgência conforme estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina;

Sobreaviso: Define como disponibilidade médica em sobreaviso a atividade do médico que permanece à disposição da entidade de saúde, de forma não-presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial em tempo hábil quando solicitado, devendo obedecer ao tempo resposta dos protocolos assistenciais específicos, baseados em evidências científicas. Em caso de urgência e/ou emergência, o médico que acionar o plantonista de sobreaviso deverá, obrigatoriamente, permanecer como responsável pelo atendimento do paciente que ensejou a chamada até a chegada do médico de sobreaviso, quando ambos decidirem a quem competirá a responsabilidade pela continuidade da assistência.

Alcançável na entidade: Profissional que esteja disponível para atendimento em tempo real na Entidade.

Encaminhamento Responsável: Prática que tem como objetivo o encaminhamento do paciente, oriundo de demanda espontânea ou referenciada, de forma regulada ao serviço compatível com sua necessidade de saúde, considerando a sua condição clínica, após atendimento médico, proporcionando continuidade ao tratamento. É facultado o referenciamento, pela entidade, após o acolhimento e atendimento médico, de acordo com a grade de referência pactuada na região.

Atendimento ininterrupto: Atendimento que funciona 24 (vinte e quatro) horas por dia, sete dias por semana, incluindo sábados, domingos e feriados

Sala de Urgência: Espaço de atendimento ao paciente grave com estrutura semelhante a uma unidade de tratamento intensivo dentro do próprio Pronto Socorro, devendo estar equipada com monitores cardíacos, desfibriladores, ventiladores mecânicos, bomba de infusão, instrumental para procedimento de emergência como intubações, drenagem torácica e traqueostomias dentre outros equipamentos associados e necessários ao conjunto de técnicas e medidas de urgência e emergência realizadas para o diagnóstico e tratamento de situações agudas (Médicas, Cirúrgicas ou traumáticas) ou crônicas agudizadas que levam ao restabelecimento de funções vitais em risco.

A sala de urgência deverá comportar minimamente dois ou mais casos simultaneamente, a depender do porte da unidade, sendo equipadas para o atendimento o qual é vocacionada obedecendo e disponibilizando os Protocolos clínicos assistenciais.

Demanda espontânea é aquela demanda populacional que comparece ao serviço de urgência e emergência não programada seja para problemas agudos, crônicas agudizadas ou por motivos que o paciente julgue como necessidade de saúde, suas queixas devem ser acolhidas e classificadas por profissional habilitado;

Demanda referenciada – É um mecanismo de Encaminhamento Responsável da demanda para os serviços de saúde, de maneira ordenada e considerando a grade de referência pactuada na região.

Acolhimento: Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, remota e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

Classificação de risco Protocolo de Manchester – É o modelo de Classificação de Risco adotado como metodologia na Rede de Urgência e Emergência como linguagem única nas portas de urgência do Programa Rede de Resposta e ProUrg, com objetivo de definir um consenso entre médicos e enfermeiros como ferramenta de classificação para os serviços de urgência e emergências, de forma a desenvolver nomenclatura e definições comuns com sólida metodologia operacional. Esse modelo é baseado em discriminantes chaves e algoritmos clínicos apresentando tempo para início da execução da resposta a demanda clínica estabelecido pela Secretaria de Estado de Saúde.

Expediente da Diretoria de Administração de Pessoal  
CONCEDE QUINQUÊNIO, nos termos do artigo 112, do ADCT, da CE/1989, aos servidores: Masp 0292408-2, Dorival Faria Barros, referente ao 3º quinquênio adm., a partir de 04/02/2018; Masp 0374312-7, Juliana Elias Jouxkhar, referente ao 4º quinquênio adm., a partir de 26/10/2018; Masp 0382074-3, Consuelo Aparecida Souza Gomes, referente ao 5º quinquênio adm., a partir de 04/06/2013 e 6º quinquênio adm., a partir de 03/06/2018; Masp 0387064-9, Gilson Batista, referente ao 5º quinquênio adm., a partir de 03/06/2011 e 6º quinquênio adm., a partir de 01/06/2016; Masp 0387104-3, Mariângela Beatriz Santos Soares, referente ao 6º quinquênio adm., a partir de 28/12/2016.

CONCEDE ADICIONAL POR TEMPO DE SERVIÇO, nos termos do artigo 113 do ADCT da CE/1989, c/c o inciso XIV do artigo 37 da CR/1988, aos servidores: Masp 0382074-3, Consuelo Aparecida Souza Gomes, a partir de 03/06/2018; Masp 0387064-9, Gilson Batista, a partir de 01/06/2016; Masp 0387104-3, Mariângela Beatriz Santos Soares, a partir de 28/12/2016.

CONCEDE QUINQUÊNIO, nos termos do artigo 112, do ADCT, da CE/1989, ao servidor: Masp 0281066-1, Jenival Tadeu Lopes Lima, referente ao 7º quinquênio adm., a partir de 29/08/2018, em cumprimento a resolução 007/2006.

ANULA o ato referente aos servidores: Masp 0355350-0, Ana Beatriz Barbosa de Faria Freitas, referente ao 4º quinquênio adm., publicado em 14/02/2008 com vigência em 05/01/2008, 5º quinquênio adm., publicado em 16/03/2013 com vigência em 03/01/2013 e 6º quinquênio administrativo e adicional por tempo, publicados em 17/02/2016 com vigência em 03/01/2018; Masp 0386618-3, Ricardo Herbet Dias, referente ao 7º quinquênio adm., publicado em 06/01/2018 com vigência em 09/12/2017; Masp 0918305-4, Divana Patricia Wehdom Pinto Teixeira, referente ao 6º quinquênio administrativo e adicional por tempo de serviço, publicados em 26/06/2018 com vigência em 07/06/2018, em cumprimento à resolução 007/2006.

CONCEDE QUINQUÊNIO, nos termos do artigo 112, do ADCT, da CE/1989, aos servidores: Masp 0355350-0, Ana Beatriz Barbosa de Faria Freitas, referente ao 4º quinquênio adm., a partir de 20/02/2006, 5º quinquênio adm., a partir de 19/02/2011 e 6º quinquênio adm., a partir de 18/02/2016; Masp 0386618-3, Ricardo Herbet Dias, referente ao 7º quinquênio adm., a partir de 19/07/2017; Masp 0918305-4, Divana Patricia Wehdom Pinto Teixeira, referente ao 6º quinquênio adm., a partir de 01/04/2018, em cumprimento à resolução 007/2006.

CONCEDE ADICIONAL POR TEMPO DE SERVIÇO, nos termos do artigo