



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite

DELIBERAÇÃO 218/CIB/2021

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 259ª reunião ordinária de 21 de outubro de 2021.

APROVA

O FLUXO DE IMPLANTAÇÃO DE UPA 24h NOVA E UPA 24h AMPLIADA. Fluxo em anexo.

Florianópolis, 21 de outubro de 2021.

- Assinado digitalmente

ANDRÉ MOTTA RIBEIRO
Secretária de Estado da Saúde
Coordenador CIB/SES

DAISSON JOSE
DAISSON JOSE
TREVISOL:8243836
6915

Assinado de forma digital por
DAISSON JOSE
TREVISOL:82438366915
Dados: 2021.10.22 17:17:52
+03'00'

Assinado digitalmente

DAISSON TREVISOL
Presidente do COSEMS
Coordenador CIB/COSEMS



Assinaturas do documento



Código para verificação: **YCX0V455**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



DAISSON JOSE TREVISOL (CPF: 824.XXX.669-XX) em 22/10/2021 às 17:17:52

Emitido por: "AC LINK RFB v2", emitido em 30/04/2021 - 15:22:31 e válido até 30/04/2022 - 15:22:31.

(Assinatura ICP-Brasil)



ANDRÉ MOTTA RIBEIRO (CPF: 674.XXX.290-XX) em 25/10/2021 às 10:34:31

Emitido por: "SGP-e", emitido em 13/05/2021 - 18:41:36 e válido até 13/05/2121 - 18:41:36.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VtXzcwNTIfMDAxNTk0MjRfMTYxODYzXzlwMjFfWUNYMFY0NTU=> ou o site

<https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00159424/2021** e o código **YCX0V455** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.



FLUXO DE IMPLANTAÇÃO DE UPA 24H NOVA E UPA 24H AMPLIADA

1. Considerando atender ao Ministério da Saúde, Portaria de Consolidação MS nº 3 de 28 de setembro de 2017, Anexo III, art. 93, parágrafo 1º, a implantação de **UPA 24h Nova**, construída com recursos de investimento federal e de **UPA 24h Ampliada**, neste último caso, construída a partir do acréscimo de área com adequação física dos estabelecimentos de saúde denominados Policlínica; Pronto Atendimento; Pronto socorro Especializado; Pronto Socorro Geral; e, Unidades Mistas, já cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, deverão obedecer ao seguinte fluxo:

1.1. Os municípios interessados na implantação ou ampliação de UPA deverão fazer o encaminhamento para parecer do Grupo Condutor Macrorregional da Rede de Atenção às Urgências (RAU), dos seguintes documentos:

- A) Ofício assinado pelo Prefeito(a) e Secretário(a) Municipal de Saúde com o pedido de unidade sediada no município (conforme o interesse);
- B) Projeto de implantação ou ampliação (modelo em anexo).

1.2. Após parecer do Grupo Condutor Macrorregional, o qual deve ser emitido no máximo em 30 (trinta) dias após o recebimento do projeto, o referido grupo deve encaminhá-lo ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), quando houver, e à Coordenação da Comissão Intergestores Regional (CIR) para deliberação;

1.3. Após a deliberação do CMS e da CIR, com o cronograma de implantação da unidade informada pelo município, o Grupo Condutor Macrorregional deverá enviar a documentação para a Superintendência de Urgência e Emergência (SUE), Coordenação Estadual da RUE;

1.4. A SUE/Coordenação Estadual da RAU fará a análise dos documentos e emitirá parecer encaminhando-o para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para análise e deliberação;

1.5. Pedidos aprovados ou não na CIB serão encaminhados para a Coordenação Estadual da RUE, que encaminhará ao Grupo Condutor Macrorregional, que informará a Coordenação da CIR, a qual deverá comunicar o município. Caso aprovado, o município deverá fazer a inserção dos documentos para o processo de habilitação no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), conforme Manual SAIPS ([clique aqui](#)).

ANEXO 1

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE UPA NOVA E UPA 24h AMPLIADA

Conforme Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo III, Art. 10 e 71, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo junto à Atenção Básica, ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, à Atenção Domiciliar e à Atenção Hospitalar compor uma rede organizada de atenção às urgências. Deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

São diretrizes da UPA 24h, como consta na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo III, Art. 72:

- I - funcionamento ininterrupto 24 (vinte e quatro) horas e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos;
- II - equipe assistencial multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde - RAS e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional;
- III - acolhimento; e
- IV - classificação de risco

Além de atender todos os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Portarias de Consolidação MS nº 3 e nº 6 de 2017, Nota Instrutiva - UPAs ([clique aqui](#)) e Manual do SAIPS ([clique aqui](#)), para implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) faz-se necessário, para a análise e aprovação da CIB, o encaminhamento de projeto compondo os itens abaixo:

1 Dados Gerais:

INFORMAÇÕES DO MUNICÍPIO E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
MUNICÍPIO:	
CNPJ:	E-MAIL:
ENDEREÇO:	
CEP:	TELEFONE:
PREFEITO:	
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE:	

2 Justificativa de implantação de UPA Nova ou de UPA Ampliada:

--

3 Local de Implantação ou Ampliação da UPA (Informar endereço completo):

--

4 Cobertura:

Além do município de (município solicitante) que conta atualmente com uma população estimada no ano ____ de _____ habitantes, a UPA apoia na cobertura dos municípios de: _____

5 Informações populacionais e Geográficas:

População:		(estimativa IBGE/Ano):	
Área Territorial:	km ²	Densidade Demográfica:	(hab/Km ²)
Macrorregião de Saúde:			
Quantitativo de Municípios da Macrorregião de Saúde:			

6 Mapa da Macrorregião (adicionar mapa com localização da UPA e distribuição das UPAs e PAs na Macrorregião):

--

7 Porte e opção de custeio pretendidos (conforme tabela abaixo):

Porte:	Opção de Custeio:
--------	-------------------

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24h	POPULAÇÃO RECOMENDADA PARA A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA 24h	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS SALA DE URGÊNCIA
PORTE I	50.000 A 100.000 HABITANTES	7 LEITOS	2 LEITOS
PORTE II	100.001 A 200.000 HABITANTES	11 LEITOS	3 LEITOS

PORTE III	200.001 A 300.000 HABITANTES	15 LEITOS	4 LEITOS
-----------	------------------------------	-----------	----------

Portaria de Consolidação GM/MS nº 03 de 28 de setembro de 2017, anexo 10 do anexo III.

Opções de Custeio	Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade
I	2 (1 diurno e 1 noturno)
II	3 (2 diurnos e 1 noturno)
III	4 (2 diurnos e 2 noturnos)
IV	5 (3 diurnos e 2 noturnos)
V	6 (3 diurnos e 3 noturnos)
VI	7 (4 diurnos e 3 noturnos)
VII	8 (4 diurnos e 4 noturnos)
VIII	9 (5 diurnos e 4 noturnos)

8 Capacidade Diagnóstica (informar a capacidade diagnóstica considerando equipamentos e infraestrutura disponível):

ESPECIALIDADES			APOIO SADT				
Clínico	Odonto	Pediatria	RX	LAB 24	ECG	USG	TOMO
Informar o quantitativo de leitos disponíveis para observação do paciente:							

Outros Serviços/Observações:

9 Grade de Referência:

--

10 Estimativa de Custo anual:

(Preenchido pelo município, sugerimos realizar este levantamento com algum município que já possua UPA habilitada com o porte e opção de custeio igual ao pretendido)

--

Local, dia, mês e ano.

--

(Inserir nome completo)

Prefeito

(Inserir nome completo)

Secretário Municipal de Saúde

FLUXO DE IMPLANTAÇÃO DE UPA NOVA E UPA 24H AMPLIADA

