

Portaria nº 249 de 16 de Abril de 2002.

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a Portaria GM/MS nº 702, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso;

Considerando a necessidade de definir critérios de cadastramento e funcionamento dos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso;

Considerando a necessidade de estabelecer, em linhas gerais, os mecanismos e fluxos assistenciais a serem adotados pelas Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, resolve:

Art. 1º - Aprovar na forma do Anexo I desta Portaria, as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

Art. 2º - Estabelecer que as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, em conformidade com o estabelecido no Artigo 2º da Portaria GM/MS nº 702, de 12 de abril de 2002, enviem ao Ministério da Saúde as solicitações de cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, de acordo com as Normas de Cadastramento contidas no Anexo I desta Portaria e adotem as providências necessárias à sua integração na Rede Estadual, à definição dos fluxos assistenciais, mecanismos de referência e contra-referência e à articulação dos Centros cadastrados com a Rede de Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família.

Art. 3º - Estabelecer como obrigatória a realização, pelo gestor estadual, de vistoria e avaliação anual em todos os serviços que compõem a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso.

Art. 4º - Aprovar, na forma do Anexo II desta Portaria, as Orientações Gerais para a Assistência ao Idoso.

Art. 5º - Cadastrar os Hospitais relacionados no Anexo III desta Portaria como Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

§1º – Os Hospitais objeto deste Artigo que, eventualmente, não cumpram, na integralidade, os critérios estabelecidos no Anexo I desta Portaria têm o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da publicação desta Portaria, para que o façam e comprovem ao gestor do Sistema Único de Saúde a regularidade de seu cadastro como Centro de Referência;

§ 2º - Os Hospitais de que trata o § 1º que não cumprirem o prazo estabelecido serão excluídos do rol dos Centros de Referência;

§ 3º - Os gestores estaduais do SUS devem adotar as providências necessárias à integração desses Centros já cadastrados à Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso.

Art. 6º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a contar da competência maio de 2002, revogadas as disposições em contrário.

RENILSON REHEM DE SOUZA

Secretário

ANEXO I

NORMAS PARA CADASTRAMENTO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO

As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal devem adotar as providências necessárias para organizar e implantar as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, organizar/habilitar/cadastrar os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, no quantitativo máximo estabelecido no Anexo da Portaria GM/MS nº 702, de 12 de abril de 2002.

Os Centros de Referência serão responsáveis pela assistência integral e integrada aos pacientes idosos nas seguintes modalidades assistenciais: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar.

A assistência a ser prestada pelos Centros de Referência deve ser conduzida em conformidade com as Diretrizes Essenciais contidas na Política Nacional de Saúde do Idoso, consubstanciadas na:

- promoção do envelhecimento saudável;
- manutenção da autonomia e da capacidade funcional;
- assistência às necessidades de saúde do idoso;
- reabilitação da capacidade funcional comprometida e,
- apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

1 - Cadastro

1.1 - Planejamento/Distribuição de Serviços

As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal deverão estabelecer um planejamento de distribuição regional dos Centros de forma a constituírem uma Rede Estadual de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, obedecendo aos critérios de cadastramento estabelecidos nesta Portaria, assim como aos quantitativos definidos para cada estado; aqueles hospitais que, por suas características técnicas, operacionais e localização geográfica sejam os mais adequados para facilitar o acesso aos usuários e a cobertura assistencial dos pacientes idosos.

1.2 - Processo de Cadastro

1.2.1 - Uma vez concluída a fase de Planejamento e Distribuição dos Centros de Referência conforme estabelecido no item 1.1 supra, o processo de cadastramento deverá ser formalizado pela Secretaria de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município em

Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades estabelecida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 2002;

1.2.2 - O Processo de Cadastramento deverá ser instruído com:

a - Documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas nesta Portaria, devendo ser especificadas e comprovadas as modalidades assistenciais disponíveis;

b - Relatório de Vistoria – a vistoria deverá ser realizada “in loco” pela Secretaria de Saúde responsável pela formalização do Processo de Cadastramento que avaliará as condições de funcionamento do Serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas nesta Portaria;

c - Parecer Conclusivo do Gestor – manifestação expressa, firmada pelo Secretário de Saúde, em relação ao cadastramento. No caso de Processo formalizado por Secretaria Municipal de Saúde de município em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do Centro à Rede de Referência Estadual e a definição dos fluxos de referência e contra-referência dos pacientes.

1.2.3 - Uma vez emitido o parecer a respeito do cadastramento pelo(s) Gestor(es) do SUS, e se o mesmo for favorável, o Processo deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, para análise.

1.2.4 - O Ministério da Saúde avaliará o Processo de Cadastramento e, uma vez aprovado o cadastramento, a Secretaria de Assistência à Saúde tomará as providências necessárias à sua publicação.

2 - Exigências para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso

2.1 - Exigências Gerais

Para ser cadastrado como Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso o hospital deverá cumprir as seguintes exigências gerais:

I - Ser hospital geral, com número de leitos instalados e cadastrados pelo Sistema Único de Saúde igual ou maior que cem (100) leitos;

II - Garantir o direito de acompanhante aos idosos, quando em regime de internação hospitalar, em conformidade com o estabelecido na Portaria GM/MS nº 280, de 07 de abril de 1999 e Portaria GM/MS nº 830, de 24 de junho de 1999;

III - Desenvolver trabalho de identificação da clientela idosa vinculada à unidade – conforme estabelecido no Anexo II desta Portaria;

IV - Desenvolver programa de orientação do acompanhante do idoso no período de internação, orientando-o de como pode melhorar o apoio que dá à pessoa idosa que está acompanhando, em relação à sua dependência, buscando preservar ao máximo sua autonomia. Após a alta hospitalar deve receber apoio constante, através de um programa desenvolvido pela equipe de saúde quanto aos cuidados do idoso;

V - Desenvolver programas de desospitalização de idosos;

VI - Desenvolver programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde do idoso, com cronograma anual de acompanhamento;

VII - Estar articulado, com as equipes dos Programas de Atenção Básica e Saúde da Família, onde estiverem implantados;

VIII - Organizar grupos de apoio ao idoso, preferencialmente em parceria com outras instituições da sociedade civil organizada, que tenham como objetivo promover ações de melhoria da qualidade de vida.

2.2 - Exigências Específicas

Além das exigências gerais, os Centros de Referência deverão cumprir as seguintes exigências específicas:

2.2.1 - Modalidades Assistenciais

Para ser cadastrado como Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, o hospital deverá desenvolver as seguintes modalidades assistenciais, cujos critérios de desenvolvimento se encontram estabelecidos no Anexo II desta Portaria – Orientações Gerais para Assistência à Saúde do Idoso:

2.2.1.1 – Internação Hospitalar

O Centro deve possuir um percentual mínimo de 10% (dez por cento) de seus leitos gerais instalados no Hospital e cadastrados pelo SUS destinados a acomodações para internação de pacientes idosos com idade igual ou superior a 60 anos, devidamente adaptadas para esta finalidade.

Constitui um Leito Geriátrico aquele atendido pela equipe multiprofissional e interdisciplinar do Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. O critério que norteará o atendimento pela equipe será a identificação, na avaliação do paciente idoso que está sendo hospitalizado em uma enfermaria geral por um problema clínico, de incapacidade funcional em, pelo menos, uma das atividades básicas da vida diária, caso contrário, poderá ser atendido dentro do modelo tradicional.

O quantitativo de leitos geriátricos deverá ser informado no processo de cadastramento do Centro de Referência.

2.2.1.2 – Hospital Dia Geriátrico

O Centro de Referência deverá ter instalado e em funcionamento serviço capaz de prestar assistência na modalidade de Hospital Dia Geriátrico, com condições técnicas, instalações físicas adequadas, equipamentos e recursos humanos especializados e/ou capacitados em saúde do idoso, que garantam o cumprimento dos planos terapêuticos indicados e realizados por equipe multiprofissional e interdisciplinar nesta modalidade assistencial.

O Hospital Dia Geriátrico deve garantir ações de reabilitação, tais como: reeducação para as atividades da vida diária e auto-cuidado, fortalecimento da marcha e do equilíbrio e reeducação e/ou adequação de hábitos alimentares, vesicais e intestinais, além da reabilitação psicossocial.

Esta modalidade se constitui numa forma intermediária de atendimento à saúde, situada entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar, ou complementar a esta, que tem por objetivo viabilizar uma assistência global à saúde do idoso adequada para aqueles cuja necessidade terapêutica e de orientação de seus cuidadores não justifiquem sua permanência contínua em ambiente hospitalar e/ou auxiliar as famílias que não apresentam condições adequadas para as demandas assistenciais desse idoso.

A existência da modalidade de assistência em regime Hospital Dia Geriátrico deverá ser informada no processo de cadastramento do Centro de Referência.

2.2.1.3 – Ambulatório Especializado em Saúde do Idoso

O Centro deve possuir um Ambulatório Especializado em Saúde do Idoso com atendimento por equipe multiprofissional e interdisciplinar. Neste ambulatório o paciente idoso receberá atendimento individual (consulta médica e de enfermagem; fisioterapia; psicoterapia; terapia ocupacional; apoio, educação e orientações dietéticas; reabilitação da fala e deglutição), grupal (grupo operativo, terapêutico, atividade socioterápica; grupo de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde). São de fundamental importância a orientação e apoio constante ao paciente, ao cuidador e à família.

A existência do Ambulatório com as características descritas neste item deverá ser informada no processo de cadastramento do Centro de Referência.

2.2.1.4 – Assistência Domiciliar

O Centro de Referência deve ter instalado e em funcionamento Serviço de Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso.

Essa modalidade de assistência é aquela prestada no domicílio do paciente, compreendendo um conjunto de procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação para aumento da autonomia e capacidade funcional do idoso. Identifica e orienta o cuidador familiar ou informal.

A existência desse Serviço deverá ser informada no processo de cadastramento do Centro de Referência.

2.2.2-Instalações Físicas

O hospital deve eliminar as barreiras arquitetônicas que possam impedir o acesso ou colocar em risco de acidentes o paciente idoso, de maneira que as áreas físicas do Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso deverão se enquadrar aos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que venham a substituí-los ou complementá-los, a saber:

- a - Portaria GM/MS nº 810/1.989 - Normas Para o Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições Destinadas ao Atendimento de Idosos;
- b - Normas de Acesso às Pessoas Portadoras de Deficiências – ABNT 1990;

c - Resolução 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 de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

d - Resolução nº 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente.

Obs.: A Portaria GM/MS nº 1884, de 11 de novembro de 1994 – Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde foi revogada por meio da Portaria GM/MS nº 554, de 20 de março de 2002.

A área física destinada ao atendimento de idosos deve ser planejada levando-se em conta que uma parcela significativa dos usuários pode vir a apresentar dificuldades de locomoção e maior vulnerabilidade a acidente, o que justifica a criação de um ambiente adequado. Assim sendo, deve contar com as seguintes instalações:

As instituições que atendem aos idosos deverão funcionar, preferencialmente, em construções horizontais. Quando dotadas de mais de um plano, devem dispor de equipamentos adequados como rampa ou elevador para a circulação vertical. Caso contrário, devem atender a pessoas não imobilizadas no leito e com problemas locomotores ou psíquicos, no pavimento térreo.

a - Acessos

Os acessos ao prédio deverão possuir rampa com inclinação máxima de 5%, largura mínima de 1,50m, dotada de guarda-corpo e corrimão, piso revestido com material não derrapante, que permita o livre fluxo de cadeiras de rodas, inclusive. Exige-se que existam no mínimo dois acessos independentes, sendo um deles para idosos e outro para os serviços.

b - Portas e Esquadrias

As portas externas e internas devem ter vão luz de 0,80m, no mínimo, dobradiças externas e soleiras com bordas arredondas.

As portas de correr terão os trilhos embutidos na soleira e no piso, para permitir a passagem de nível, especialmente para cadeira de rodas.

As portas dos sanitários devem abrir para fora, devem ser instaladas de forma a deixar vãos livres de 0,20m na parte inferior.

As maçanetas das portas não deverão ser do tipo arredondado ou de qualquer outro que dificulte a abertura das mesmas.

As portas dos banheiros não podem possuir trancas ou chaves.

c - Pisos

Os revestimentos dos pisos devem ser preferencialmente monocromáticos e de material de fácil limpeza e antiderrapante, nas áreas de circulação, banheiro, refeitórios e cozinha.

d - Mobiliário e Equipamentos Básicos

A disposição do mobiliário deve possibilitar fácil circulação e minimizar o risco de acidentes e incêndio.

Nas instalações sanitárias e na cabeceira de cada leito ocupado por residente com dificuldade de locomoção deverá ser instalado um botão de campainha ao alcance da mão.

e - Circulação Interna

- Horizontal

Os corredores principais das instituições a serem instaladas, após entrada em vigor desta Portaria, deverão ter largura mínima de 1,50m. Exige-se que todas as instituições já existentes ou que venham a ser criadas equipem os corredores com corrimão em ambos os lados, instalados a 0,80m do piso e distantes 0,05 da parede.

Não se permite a criação de qualquer forma de obstáculos à circulação nos corredores, incluindo bancos, vasos e outros móveis ou equipamentos decorativos.

- Vertical

Escadas

As escadas devem ser em lances retos, largura mínima de 1,20m, dotadas de corrimão em ambos os lados, não devendo existir vão livre entre o piso e o corrimão. Os espelhos do primeiro e último degrau devem ser pintados de amarelo e equipados com iluminação de vigília permanente. Exige-se que as escadas tenham portas de abrir com molas de travas leves, que as mantenham em posição fechada.

Rampas

Devem obedecer às especificações descritas no item “acesso” e devem ser instalados em todos os locais onde existem mudança de nível entre 2 ambientes.

Elevadores e Monta-Cargas

Obedecerão às normas estabelecidas na Portaria nº 400, do Ministério da Saúde, de 06 de dezembro de 1977.

f - Instalações Sanitárias

Os sanitários deverão ser separados por sexo e obrigatoriamente equipados com barras de apoio instaladas a 0,80m do piso e afastadas 0,05m da parede, tanto no lavatório, como no vaso sanitário e no “box” do chuveiro. Devem ser instalados no mesmo pavimento onde permanecerem os idosos atendidos.

- Bacia Sanitária

Os assentos das bacias sanitárias devem estar a uma altura de 0,45m do piso. Muitas vezes será necessário colocar uma plataforma para se atingir a altura estipulada. Neste caso, a projeção horizontal da plataforma não deverá ultrapassar em 5cm o contorno da base da bacia, sendo ideal que acompanhe a projeção da base da bacia.

A proporção deve ser de, no mínimo, 1 bacia sanitária para cada 6 pessoas. No caso das paredes laterais à bacia sanitária serem afastadas, deverá ser instalada, em ambos os lados da bacia, uma estrutura de apoio em substituição às barras instaladas na parede.

- Chuveiro

Deve ser instalado em compartimento “box” com dimensões internas compatíveis com banho em posição sentada, dotado, obrigatoriamente, de água quente e na proporção mínima de um chuveiro para cada quarto com 4 leitos.

- Bacia Sanitária “bidet”

Quando existente, deve ser instalada sobre um ósculo de 0,15m de altura, e equipada com a mesma estrutura de apoio descrita para o vaso sanitário. (este item que é da portaria 810 de 1989, é suplantado pelo contido nas Normas da ABTN 1990, cujo conteúdo encontra-se acima)

- As banheiras de imersão só serão permitidas nas salas de fisioterapia.

g.- Iluminação, Ventilação, Instalações Elétricas e Hidráulicas

Deverão obedecer aos padrões mínimos exigidos pelo código de obras local.

É obrigatória a instalação de luz de vigília nos dormitórios, banheiros, área de circulação, no primeiro e no último degrau da escada.

h - Áreas Mínimas

Dormitório

A área mínima para um dormitório é de 6,5m² quando equipado com apenas 1 leito, e de 5m² para cada leito quando se tem até 4 leitos, sendo este o número máximo recomendável por dormitório.

Aquelas instalações já existentes com dormitórios tendo acima de 4 leitos deverão seguir as normas em vigor do Ministério da Saúde para enfermarias.

É expressamente vetado o uso de camas tipo beliche, camas de armar ou assemelhadas e a instalação de divisória improvisadas que não respeitem os espaços mínimos ou que prejudique a iluminação e a ventilação, conforme estabelecido pelo código de obras local.

A distância mínima entre dois leitos paralelos deve ser de 1,0m e de 1,50m entre um leito e outro fronteiro. Recomenda-se que a distância mínima entre o leito e a parede que lhe seja paralela deva ser de 0,50m.

Sala para o Serviço de Nutrição e Dietética

É constituída por cozinha, refeitório e dispensa, sendo que o refeitório poderá também servir como sala para a realização de atividades recreativas e ocupacionais, com área mínima de 1,5m² por pessoa para instituições com capacidade para até 100 pessoas.

Área de Recreação e Lazer

Todas as instituições deverão contar com área destinadas à recreação e ao lazer, com área mínima de 1m² por leito instalado.

Áreas para Atividades de Reabilitação

Todas instituições deverão possuir instalações específicas com área mínima de 30m² e dotadas de pia com bancada, sanitário próximo, mobiliário e equipamento específicos estipulados por profissionais legalmente habilitados, inscritos no conselho de profissionais da área respectiva.

Hospital Dia

O Hospital Dia deverá funcionar em área física especificamente destinada para esse fim e contar, no mínimo, com:

- Recepção com sala de espera própria;
- Vestiário masculino e feminino;
- Sanitários masculinos e femininos para pacientes, acompanhantes e funcionários;
- sala para trabalho em grupo;
- Sala de refeições, não necessariamente exclusiva do Hospital Dia, mas com garantia de acesso fácil ao idoso;
- Área externa para atividades ao ar livre;
- Área com estrutura para repouso eventual;
- Sala para reabilitação;
- Sala de procedimentos;
- Posto de enfermagem;
- Sala de estar e recreação.

2.2.3 - Recursos Humanos

O Centro deve contar com equipe interdisciplinar e multiprofissional de assistência ao idoso, devidamente capacitada para esta modalidade de atenção. Entende-se por equipe multiprofissional e interdisciplinar, um conjunto de profissionais (de diferentes profissões e/ou especialistas de uma mesma profissão) que trabalham em um mesmo local com uma finalidade comum, atuando de maneira interdependente, isto é, interagindo formal e informalmente. Eles podem realizar avaliações isoladas mas as informações destas são trocadas sistematicamente, ou seja, trabalham de maneira combinada, tanto no planejamento como na implementação de cuidados ao paciente.

O Centro deverá contar com:

a - Responsável Técnico – médico com carga horária de 40 horas semanais, com reconhecida competência na área de saúde do idoso.

b - Responsável pelo Serviço de Enfermagem – Enfermeiro com reconhecida competência na área de saúde do idoso.

c - Equipe de Internação Hospitalar/Ambulatório

Para atendimento aos pacientes idosos internados em leitos de enfermaria de curta permanência devem ser obedecidos os seguintes profissionais de saúde capacitados em saúde do idoso para cada módulo de 40 leitos:

- Médico Assistente nas 12 horas/dia

- Equipe de Enfermagem: 24horas/dia

Enfermeiro – 06 horas/dia/profissional (24 horas/dia de cobertura)

Técnico/Auxiliar de enfermagem – 06 horas/dia/profissional (24 horas/dia de cobertura) 01 profissional/cada 05 leitos.

- Fisioterapeuta - 08 horas/dia

- Nutricionista - 04 horas/dia

- Assistente Social - 08 horas/dia

- Fonoaudiólogo - 04 horas/dia

- Psicólogo - 03 horas/dia

- Terapeuta Ocupacional - 08 horas/dia

d – Hospital Dia Geriátrico

O Hospital Dia Geriátrico deve contar com profissionais capacitados na área de saúde do idoso. As equipes deverão ser constituídas da seguinte forma:

- Equipe Básica: com médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional além de técnicos/auxiliares de enfermagem em número suficiente e correspondente ao número de vagas disponíveis;

- Equipe Ampliada: não necessita ser exclusiva do Hospital Dia Geriátrico, mas deve atender à solicitação deste, com a finalidade de realizar avaliações e intervenções conforme as necessidades. Deverão fazer parte desta equipe ampliada nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e odontólogo;

- Retaguarda de Especialistas para avaliações quando necessárias.

A determinação da quantidade de Recursos Humanos para o Hospital Dia Geriátrico dependerá de seus horário de funcionamento (06 ou 12 h) e número de pacientes. Deverá incluir pelo menos:

- 01 médico assistente com competência na área de geriatria (4h/dia) para cada 20 pacientes;

- 02 enfermeiros com competência na área de geriatria (36h/semana) para cada 20 pacientes;

- 08 técnicos/auxiliares de enfermagem com competência na área de geriatria (36h/semana) para cada 20 pacientes;

- 01 assistente social com competência na área de geriatria para cada 20 pacientes; e

- outros membros da equipe multiprofissional ampliada e equipe consultora, conforme necessidade detectada pela equipe básica.

e - Assistência Domiciliar

O Serviço deve ter uma equipe interdisciplinar e multiprofissional básica, com competência em saúde do idoso, formada por médico, enfermeiro, técnicos/auxiliares de enfermagem. O quantitativo destes profissionais deve ser dimensionado de acordo com o número de pacientes atendidos.

A equipe da Assistência Domiciliar deve contar, ainda, com o apoio dos demais profissionais do Centro como psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista e fonoaudiólogo. A necessidade da participação destes profissionais dependerá da avaliação inicial realizada pela equipe básica.

f - Consultores Médicos

Além dos profissionais já citados, o Hospital deve contar com médicos de diversas especialidades para o atendimento de consultas/assistência dos pacientes idosos.

As especialidades mínimas são: neurologia, psiquiatria, cardiologia, gastroenterologia, ginecologia, nefrologia, pneumologia, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia vascular, urologia e ortopedia.

Toda a equipe do Centro deve ser treinada em serviço e, desta forma, capacitada para implementar o programa de atendimento ao idoso nas diversas modalidades assistenciais. O Responsável Técnico deve ser o coordenador do programa de treinamento dos membros da equipe de cuidados de saúde que tenham qualquer tipo de contato com os idosos. Uma cópia do programa de treinamento (conteúdo) ou as linhas gerais dos cursos de treinamento devem estar disponíveis para revisão; deve existir ainda uma escala de treinamento de

novos funcionários. Esse treinamento deve ser de pelo menos 20 horas no total, incluindo um mínimo de 5 horas de experiência prática sob supervisão.

2.2.4 - Materiais e Equipamentos

O Centro deve possuir todos os materiais/equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos idosos, que possibilitem o diagnóstico, tratamento/acompanhamento médico e de enfermagem, fisioterápico com reabilitação funcional, de terapia ocupacional, de fonoaudiologia com reabilitação da voz, audição, deglutição e psicomotricidade, psicológico, estimulação cognitiva e comportamental (individual/grupal), nutricional e dietético, além de orientação familiar e dos cuidadores.

2.2.5 – Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

Os Centros de Referência deverão contar com recursos diagnósticos de análise clínicas, de imagem e traçados. Assim, são requeridos, no mínimo, os seguintes recursos:

- Laboratório de Análises Clínicas: onde se realizem exames de bioquímica; hematologia; microbiologia, gasometria e líquidos orgânicos, inclusive líquido.

- Eletroencefalografia. O Laboratório deve possuir Certificado de Controle de Qualidade;

- Unidade de Imagenologia: RX, RX portátil, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

- Anatomia Patológica: onde se realizem exames nas áreas de citologia e histologia. A Unidade de Anatomia Patológica deve participar de programa de avaliação de qualidade;

- Endoscopia Digestiva e Fibrobroncoscopia;

- Atendimento de Intercorrências: o Hospital deve contar com serviço de médicos e enfermeiros plantonistas nas 24 horas do dia para atendimento das intercorrências;

- Unidade de Tratamento Intensivo: o Hospital deve contar com uma UTI própria, cadastrada pelo SUS de acordo com a Portaria GM/MS nº 3.432/1998 e classificada, no mínimo, como de Tipo II;

- Hemoterapia

Obs.: Os exames de Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Endoscopia Digestiva e Fibrobroncoscopia poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria

SAS nº 494, de 26 de agosto de 1999. O Hospital deve contar com Banco de Sangue nas 24 horas do dia, próprio ou mediante acesso de acordo com a Portaria supracitada.

2.2.6 - Rotinas de Funcionamento e Atendimento

O Centro de Referência deve possuir Rotinas de Funcionamento e Atendimento escritas, atualizadas a cada 04 anos e assinadas pelo Responsável Técnico pelo Centro. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos, incluindo a avaliação do idoso, medidas de prevenção de agravos e descrição das complicações mais comuns que podem surgir durante sua estadia, bem como as estratégias de trabalho em equipe. No que diz respeito ao tratamento da Doença de Alzheimer deve ser observado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Tratamento da Demência por Doença de Alzheimer publicado pela Secretaria de Assistência à Saúde.

2.2.7 – Registro de Pacientes

O Centro deve possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

- Identificação do paciente;
- Histórico Clínico;
- Laudo dos exames diagnósticos realizados;
- Descrição sumária da avaliação do paciente, conforme previsto no Anexo II desta Portaria;
- Relatório de evolução do paciente

No caso de Assistência Domiciliar, o Prontuário do paciente deve ser preenchido em duas vias, sendo que uma via deverá ficar no domicílio do paciente, o que facilitará o atendimento de urgência por outra equipe.

No caso de assistência a pacientes portadores da Doença de Alzheimer, o prontuário deve conter ainda:

- Mini-Exame do Estado Mental – deve ser repetido e devidamente registrado a cada 04 meses, em conformidade com o estabelecido no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Tratamento da Demência por Doença de Alzheimer publicado pela Secretaria de Assistência à Saúde;

- Descrição dos achados clínicos que permitiram fechar o diagnóstico clínico *provável ou possível* da Doença de Alzheimer, de acordo com o Protocolo supra citado.

2.2.8 – Orientação/Treinamento

Além do programa de treinamento da equipe de saúde do Centro – já abordado no item Recursos Humanos, o Centro deverá manter um programa permanente de orientação/treinamento de familiares e de cuidadores dos pacientes idosos, introduzindo conceitos que os capacitem a prover os cuidados básicos ao idoso e habilitando-os a serem o elo de ligação entre a equipe de saúde e o idoso.

2.2.9 - Transporte

O Centro deve contar com ambulância adequadamente equipada para a realização de eventuais remoções e transferências de pacientes. Além disso, a equipe responsável pela assistência domiciliar deve dispor de veículo para seu transporte.

3 - Manutenção do Cadastro e Descadastramento

Para manutenção do cadastramento, os Centros de Referência deverão cumprir as normas estabelecidas pela presente Portaria, nas suas modalidades assistenciais próprias ou conveniadas. O descadastramento poderá ocorrer se, após avaliação de funcionamento por meio de auditorias periódicas realizadas pelo gestor, o Centro não cumprir as normas em vigor.

ANEXO II

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO

A assistência à saúde do idoso a ser prestada nos Centros de Referência integrantes da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, deve ser integral e integrada e envolver as diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar.

Toda assistência a ser prestada deve ser conduzida em conformidade com as Diretrizes Essenciais contidas na Política Nacional de Saúde do Idoso, consubstanciadas na:

- promoção do envelhecimento saudável;
- manutenção da autonomia e da capacidade funcional;
- assistência às necessidades de saúde do idoso;
- reabilitação da capacidade funcional comprometida e,
- apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Além disso, deve ser desenvolvido um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios:

- ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à reconstrução progressiva da sua independência nas atividades da vida cotidiana e à sua reinserção social;
- ter como objetivo central a garantia da assistência necessária à prevenção de agravos, promoção, proteção, recuperação da saúde do idoso e sua reintegração social e familiar, bem como a identificação e orientação de um cuidador familiar quando houver previsão de alta;
- respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Uma vez constituída a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, o gestor estadual deverá adotar as providências necessárias para a adequada definição dos fluxos assistenciais e dos mecanismos de referência e contra-referência.

Para tanto, deverão ser observadas as seguintes regras gerais:

- O paciente idoso poderá ser atendido, em hospitalizações de curta permanência, dentro do modelo tradicional. No entanto, deverá ser atendido pela equipe de assistência à saúde do idoso se no momento da avaliação apresentar uma redução de sua capacidade funcional ou enfermidade que cause redução da mesma. Este paciente deve ser cadastrado e, no momento da alta, encaminhado aos programas de desospitalização com acompanhamento ambulatorial ou domiciliar; estabelecidos pelos diversos protocolos clínicos.

- A prioridade de atendimento da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso deverá ser dada àqueles pacientes idosos internados em leitos de longa permanência em hospitais públicos, privados e filantrópicos conveniados ao SUS, não cadastrados como de referência na assistência ao idoso;

- Cabe aos gestores municipais e estaduais e do Distrito Federal, após constituídas as suas Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, a identificação e transferência dos pacientes idosos internados em leitos de longa permanência para os hospitais e serviços extra-hospitalares cadastrados como de referência na assistência à saúde do idoso;

- Os pacientes idosos com quadro clínico compensado e estável, em condições de atendimento ambulatorial e que possuam suporte familiar, devem ser, prioritariamente, encaminhados para os serviços de Hospital Dia Geriátrico ou Ambulatório Especializado em Saúde do Idoso da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, como forma de garantir a preservação de sua autonomia, da sua capacidade funcional e da sua reintegração familiar e social;

- Os pacientes idosos com quadro clínico compensado e estável, mas sem condições de locomoverem-se e que possuam suporte familiar, devem ser, prioritariamente, encaminhados para os serviços de Assistência Domiciliar, como forma de garantir a preservação de sua autonomia, da sua capacidade funcional e da sua reintegração familiar e social;

Avaliação dos Pacientes:

Todos os idosos atendidos pelo Centro de Referência devem ser amplamente avaliados, devendo a equipe estabelecer seu perfil e diagnóstico epidemiológico, identificar os principais agravos à sua saúde, planejar o processo de atenção para cada paciente de acordo com suas peculiaridades e cadastrar os idosos egressos da internação hospitalar inscrevendo-os num programa de acompanhamento ambulatorial e, eventualmente, de hospital dia ou assistência domiciliar.

Todo o idoso deve ser submetido a uma avaliação que contemple:

A - Avaliação da saúde física:

a - Diagnósticos presentes (co-morbidade)

b - Indicadores de gravidade

c - Quantificação dos serviços médicos utilizados (incluindo internações anteriores)

d - Auto-avaliação de problemas de saúde

B - Avaliação da saúde mental:

a - Testes de função cognitiva (Exemplo: Mini Mental State Examination)

b - Escala (curta) de Depressão Geriátrica e/ou DSM IV

C - Avaliação Social:

a - Avaliação da rede de suporte social

b - Avaliação dos recursos disponíveis

c - Avaliação das necessidades de suporte

D - Avaliação Nutricional

E - Avaliação de Enfermagem:

a - Avaliação da capacidade de autocuidado

b - Avaliação das demandas assistenciais

F - Capacidade Funcional e Autonomia

a - Atividades básicas da vida diária

b - Atividades instrumentais da vida diária

1 – Hospital Dia Geriátrico

1.1 - Critérios Gerais

O regime de Hospital Dia se constitui numa forma intermediária de atendimento à saúde, situada entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar, ou complementar a esta; que tem por objetivo viabilizar uma assistência global à saúde do idoso adequada para aqueles cuja necessidade terapêutica e de orientação de seus cuidadores não justifiquem sua permanência contínua em ambiente hospitalar e/ou auxiliar as famílias que não apresentam condições adequadas para as demandas assistenciais deste idoso.

- O Hospital Dia Geriátrico funcionará, no mínimo, 5 dias por semana em um (6h) ou dois (12h) turnos;

- Devem ser oferecidas refeições adequadas (duas refeições para o regime de um turno e quatro para o regime de dois turnos), segundo avaliação nutricional prévia, durante o período de permanência do idoso na Unidade, incluindo seu acompanhante.

1.2 - Atividades

O Hospital Dia Geriátrico deve desenvolver as seguintes atividades:

- atendimento médico e farmacoterápico incluindo os medicamentos que devem ser utilizados pelo idoso quando este não está no Hospital Dia, enquanto durar o período de acompanhamento;

- assistência de enfermagem;

- acompanhamento fisioterápico com reabilitação funcional;

- acompanhamento de terapia ocupacional;

- acompanhamento de fonoaudiologia, principalmente objetivando a reabilitação da voz, audição, deglutição e psicomotricidade;

- acompanhamento psicológico com psicoterapia, estimulação cognitiva e comportamental, individual/grupal;

- acompanhamento nutricional com adequação de dietas;

- acompanhamento por assistente social, incluindo a identificação e otimização do funcionamento da rede de suporte social do idoso e de seus familiares, visando a reinserção social dos mesmos na comunidade;

- orientação familiar e do cuidador responsável visando a continuidade do plano terapêutico e evitando reinternações.

O Hospital Dia Geriátrico deve garantir serviço ou referência de serviço de Urgência/Emergência em plantão de 24 horas com garantia de remoção em ambulância com equipamento adequado.

1.3 - Porta de Entrada

A entrada em Hospital Dia deve ser por encaminhamento das instituições ou serviços abaixo relacionados (públicos ou privados prestadores de serviços ao SUS):

- **Hospital**
- Assistência domiciliar
- Assistência ambulatorial especializada
- Programa de Saúde da Família

1.4 - Critérios de Admissão em Hospital Dia Geriátrico:

Serão admitidos no Hospital Dia Geriátrico os idosos que tiverem indicação médica e passarem por avaliação multiprofissional, isto é, aquele paciente idoso:

- convalescente, que esteve hospitalizado em um leito de agudos previamente, ou seja, aquele submetido a procedimentos clínico/cirúrgicos que se encontra em recuperação e necessita de acompanhamento médico e de outros cuidados de saúde, bem como de reabilitação físico-funcional por um período de até 30 dias;
- com perda funcional agravada por qualquer internação hospitalar (subentende uma avaliação funcional durante a internação prévia), com vistas à reabilitação para a vida na comunidade;
- em recuperação após internação cirúrgica ou para tratamento quimioterápico; e
- qualquer paciente portador de incapacidade funcional média ou grave decorrentes de transtorno físico ou cognitivo e os sem apoio familiar contínuo.

A equipe multiprofissional e interdisciplinar será responsável por determinar se esta modalidade assistencial é a mais adequada para realização ou complementação dos procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos necessários, bem como para o desenvolvimento de programas de reabilitação que visem a manutenção de sua autonomia e capacidade funcional, incluindo a identificação e o fornecimento das orientações necessárias para o cuidador responsável de modo a garantir a continuidade da assistência.

1.5 - Critérios de Alta:

O processo de alta do regime de Hospital Dia Geriátrico, embora de responsabilidade do médico assistente, deverá ser definido pela equipe assistencial.

Ao receber alta, o idoso, seu cuidador e seus familiares devem ser orientados e o paciente deve ser referenciado ao serviço ambulatorial com relatório completo de todas as atividades desenvolvidas durante a internação no Hospital Dia, bem como com a descrição de todas as orientações fornecidas.

2 - Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso

2.1 - Critérios Gerais

A Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso é aquela assistência prestada no domicílio do paciente por serviço integrante de um Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e executada por equipe multiprofissional e interdisciplinar com competência em saúde do idoso, compreendendo um conjunto de procedimentos:

- Diagnósticos e terapêuticos,
- Reabilitação motora, respiratória, psíquica e social;
- Trabalho junto à família e cuidador, buscando a autonomia nos cuidados do paciente;
- Procura de soluções de apoio e ajuda na sociedade e instituições afins;

Esta modalidade assistencial, observados os itens de elegibilidade constantes dos itens 2.2.1, 2.3.1 e 2.4.1, deve ser considerada apenas para aqueles pacientes em que a assistência domiciliar não represente risco de agravamento de seus quadros clínicos e que residam na área de abrangência do serviço e disponham de familiares ou responsáveis em condições de prestar os cuidados mínimos em domicílio.

Os procedimentos domiciliares, dependendo do(s) problema(s) de saúde motivador (es) podem requerer períodos de tempo variáveis de atenção, de tal maneira que serão classificados como:

Grupo I – Assistência Domiciliar de Curta Permanência – limite de 30 dias;

Grupo II - Assistência Domiciliar de Média Permanência – limite de 31 a 60 dias; e

Grupo III - Assistência Domiciliar de Longa Permanência – a partir de 61 dias.

Deve estar garantida a referência hospitalar para serviços de emergência e interconsultas por profissionais de outras especialidades, com transporte adequado assegurado.

Em caso de óbito do paciente ocorrido em domicílio, o médico de equipe deverá constatar-lo no local e, observados os aspectos legais envolvidos, emitir o correspondente Atestado de Óbito. Na ausência do médico de equipe, o Centro de Referência deverá providenciar um médico substituto para a realização desta tarefa. A base de informações será o Prontuário do paciente.

2.2 – Curta Permanência

2.2.1 - Critérios de Elegibilidade

A Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso de Curta Permanência de tempo corresponde aos cuidados de casos subagudos ou agudos não caracterizáveis como urgências ou emergências, estes requerendo um ambiente hospitalar. Aqui se incluem a recuperação e a estabilização de problemas de saúde, que comumente levam a internações hospitalares por falta de alternativas de atendimento, tais como:

- Respiratórios: pneumonias; crise asmática (exclui estado de mal asmático); exacerbação de doenças broncopulmonares obstrutivas crônicas;
- Pielonefrites;
- Diabetes mellitus descompensado (exclui coma, hiperosmolaridade e cetoacidose);
- Insuficiência cardíaca congestiva (exclui edema agudo de pulmão);
- Depleção de espaço extra celular (menos de 50%);
- Necessidades nutricionais complexas;
- Pós-operatório de cirurgia gastrointestinais de pequeno e médio porte, tais como colecistectomia, tratamento cirúrgico de enfermidade ulcerosa gastrointestinal, tratamento cirúrgico de divertículos e pólipos;
- Pós-operatório de outras cirurgias de pequeno e médio porte;
- Úlcera de pressão e outras úlceras;

2.2.2 - Porta de Entrada

A porta de entrada para Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso de curto espaço de tempo poderá ser:

- Programa de Saúde da Família ou Rede de Atenção Básica;
- Ambulatório;
- Hospital;
- Pronto socorro ou pronto atendimento.

2.2.3 - Critérios de Alta

A alta ocorrerá em caso de óbito, recuperação, hospitalização por piora ou indicativo para assistência de média ou longa permanência de atendimento.

O processo de alta deverá ser previamente discutido pelos profissionais de saúde envolvidos no atendimento.

2.3 – Média Permanência

2.3.1 - Critérios de Elegibilidade

Estes procedimentos são destinados preferencialmente aos idosos que recebem alta do leito hospitalar ou da Assistência Domiciliar de Curta Permanência, e que apresentam uma baixa capacidade funcional, tendo como objetivo a reabilitação do mesmo para a vida na comunidade, dentro das condições de suporte familiar e social existentes, evitando-se assim um leito de longa permanência.

São considerados casos elegíveis para a esta modalidade de assistência aqueles que incluam estabilização, recuperação e reabilitação de problemas de saúde, que comumente levam a internações prolongadas e/ou reinternações hospitalares frequentes por falta de alternativas de atendimento, tais como:

- Pós-operatório de fratura de colo de fêmur;

- Colocação de próteses de outras articulações de membros inferiores;
- Pós-amputações;
- Pós Fixações externas e internas;
- Fraturas vertebrais;
- Recuperação de acidente vascular cerebral;
- Pós-operatório de cirurgias de grande porte;
- Qualquer enfermidade que levou a hospitalização de paciente idoso com alto grau de dependência

Em todos os casos, paciente com família que resida na mesma cidade e na área de abrangência do Serviço de Assistência Domiciliar, e tenha as condições para prover-lhe os cuidados necessários.

2.3.2 - Porta de Entrada

- Programa de Saúde da Família ou Rede de Atenção Básica;
- Ambulatório;
- Assistência Domiciliar de Curta Permanência;
- Hospital

2.3.3 - Critérios de Alta:

A alta ocorrerá em caso de óbito, recuperação e/ou estabilização da perda funcional, hospitalização por piora ou indicativo para assistência de longa permanência. Em casos em que houver indicação de longa permanência, o mesmo será encaminhado à Assistência Domiciliar de Longa Permanência, segundo a elegibilidade para a mesma e contidos neste Anexo.

O processo de alta deverá ser previamente discutido pelos profissionais de saúde envolvidos no atendimento.

2.4 – Longa Permanência

2.4.1 - Critérios de elegibilidade:

Estes procedimentos são destinados aos pacientes idosos portadores de enfermidade (s) crônica (s) com baixa capacidade funcional ou totalmente dependente que tiveram esgotado todas as condições de terapia específica e que necessitam de assistência de saúde ou cuidados permanentes. Trata-se, em geral, de pacientes que receberam alta hospitalar ou da Assistência Domiciliar de Média Permanência e que apresentam ainda uma baixa capacidade funcional. Tem como objetivo aprimorar e humanizar o atendimento bem como, dar continuidade à reabilitação, dentro das condições de suporte familiar e social existente. Correspondem, pois, aos cuidados de pacientes idosos elegíveis para os leitos de longa permanência, tais como, portadores de:

- Sequelas de doenças cerebrovasculares;
- Tromboangeíte obliterante (Doença de Leo Buerger);
- Varizes dos membros inferiores com úlcera e inflamação;
- Doenças broncopulmonares obstrutivas crônicas ;

- Pneumoconioses ;
- Outras doenças pulmonares intersticiais crônicas;
- Demências;
- Doença ou Síndrome de Parkinson com alto grau de dependência;
- Miopatias crônicas com alto grau de dependência;
- Hemiplegia flácida, espástica e não especificada, paraplegia e tetraplegia;
- Colagenoses com alto grau de dependência;
- Neoplasias malignas fora de possibilidades terapêuticas específicas.

2.4.2 - Porta de Entrada

- Hospital;
- Assistência Domiciliar de Curta ou Média Permanência;
- Programa de Saúde da Família, Rede de Atenção Básica ou Ambulatório Especializado;

Especializado;

- Leito de Longa Permanência cuja avaliação detectou uma perspectiva de continuidade de cuidados em seu domicílio.

2.4.3 - Critérios de Alta

A alta ocorrerá em caso de óbito, recuperação e/ou estabilização da perda funcional, hospitalização por piora ou indicativo para assistência de longo permanência.

Em casos em que houver indicação de longa permanência, o paciente será encaminhado à Assistência Domiciliar de Longa Permanência, segundo a elegibilidade para a mesma e contidos neste Anexo.

O processo de alta deverá ser previamente discutido pelos profissionais de saúde envolvidos no atendimento.

3 - Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer

Os Centros de Referência são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento, acompanhamento dos pacientes, orientação a familiares e cuidadores e o que mais for necessário à adequada atenção aos Portadores da Doença de Alzheimer. Estão envolvidos, ainda, neste processo assistencial cuidados de enfermagem, fisioterápicos, de terapia ocupacional, de fonoaudiologia, psicológicos, de estimulação cognitiva e comportamental (individual/grupal), nutricionais e dietéticos.

Os medicamentos serão adquiridos pelas Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal em conformidade com o Programa de Medicamentos Excepcionais. A dispensação poderá ser feita pelas próprias Secretarias, ou, mediante acordos operacionais

entre as partes envolvidas, pelos Centros de Referência, adotando-se, neste caso, mecanismos de acompanhamento e controle.

ANEXO III
CENTROS DE REFERÊNCIA JÁ CADASTRADOS

UF	CIDADE	HOSPITAL	CGC
AL	Maceió	Universitário Alberto Antunes – Universidade Federal de Alagoas	24.464.109/0001-48
B A	Salvador	Associação Obras Sociais Irmã Dulce (Hospital Santo Antônio)	15.178.551/0001-17
DF	Brasília	FUB – Hospital Universitário de Brasília	00.038.174/0006-58
G O	Goiânia	Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi	00.529.964/0007-42
PA	Belém	Universitário João de Barros Barretos - Universidade Federal do Pará	34.621.748/0001-23
PE	Recife	Geral de Areias (Estadual)	09.794.975/0222-63
PE	Recife	Universitário Oswaldo Cruz – Universidade Estadual de Pernambuco	11.022.597/0013-25
RJ	Niterói	Universitário Antônio Pedro Universidade Federal Fluminense	28.523.215/0003-78
RJ	Rio de Janeiro	Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)	33.663.683/0053-41
R N	Natal	Universitário Onofre Lopes (UFRN)	24.365.710/0013-17
RS	Porto Alegre	União Brasileira Educação e Assistência Hospitalar São Lucas – PUCRS	88.630.413/0002-81
RS	Porto Alegre	Nossa Senhora da Conceição	92.787.118/0001-87
SC	Florianópolis	Universidade Federal de Santa Catarina Hospital Universitário	83.899.526/0001-82
SP	São Paulo	Escola Paulista de Medicina Hospital São Paulo Hospital Universitário	60.453.032/0001-74
SP	São Paulo	Das Clínicas da Faculdade de Medicina USP – Hospital Universitário	60.448.040/0001-22
SP	São Paulo	Irmandade Santa Casa MIS S Paulo FAC C MED S CASA HOSP UNIV	62.779.145/0001-22
SP	Ribeirão Preto	Santa Tereza de Ribeirão Preto (Estadual)	46.374.500/0049-39