



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 024/21 - CIB/RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

o Decreto Federal nº 7.508, 28/06/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

a Portaria GM/MS nº 2.048, de 5/11/2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

as Portarias de Consolidação GM/MS nº 01, nº 03, nº 05 e nº 06, de 28 de setembro de 2017, que consolida a organização, o funcionamento do Sistema Único de Saúde, as redes do Sistema Único de Saúde, as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

a Resolução nº 516/17 – CIB/RS, que aprovou o Plano de Ação da Rede de Atenção à Urgências e Emergências da Macrorregional Missioneira, composta pela 9ª CRS, 12ª CRS, 14ª CRS e 17ª CRS, em conformidade com as Deliberações CIR e as Portarias Federais vigentes;

o Ofício CIB/RS nº 019/2019, o qual encaminhou o PAR da Macrorregião de Saúde Missioneira para aprovação junto ao Ministério da Saúde;

o Ofício nº 793/2020/CGURG/DAHU/SAES/MS e do Parecer Técnico nº 575/2020-CGURG/DAHU/SAES/MS (SEI/MS 0014792170) referente a análise do PAR da Macrorregião Missioneira do Estado do Rio Grande do Sul para conhecimento e providências cabíveis (número de processo MS 25000.488305/2017-19);

as Deliberações nº 05/2019 – CIR 12 - Portal das Missões/ 9ª CRS, nº 01/2021 – CIR 11 - Sete Povo das Missões/12ª CRS, nº 038/2019 – CIR 14 - Fronteira Noroeste/14ª CRS e nº 039/2019 – CIR 13 - Diversidade/17ª CRS, as quais aprovam o PAR da Macrorregião de Saúde Missioneira;

o parecer técnico favorável emitido pela Coordenação Estadual de Urgências e Emergências/DRE/SES/RS - PROA nº 19/2000-0126513-6;

a pactuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 10/02/2021.

RESOLVE:

Art. 1º – Aprovar, conforme Anexo desta Resolução, a reestruturação do **Plano de Ação Regional (PAR) de Urgência e Emergência da Macrorregião de Saúde Missioneira**, composta pela 9ª CRS, 12ª CRS, 14ª CRS e 17ª CRS, em conformidade com as Deliberações nº 05/2019 – CIR - 12 - Portal das Missões/9ª CRS, nº 01/2021 – CIR 11 - Sete Povo das Missões/12ª CRS, nº 038/2019 – CIR 14 - Fronteira Noroeste/14ª



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

CRS e nº 39/2019 – CIR 13 - Diversidade/17ª CRS, as quais aprovam o PAR da Macrorregião de Saúde Missioneira.

Art. 2º – Esta Resolução e seu anexo, o PAR com as considerações acerca do Parecer Técnico nº 575/2020-CGURG/DAHU/SAES/MS, serão encaminhados à Coordenação Geral de Urgências/CGURG/DAHU/SAES/MS para análise, aprovação e demais providências.

Art. 3º - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Porto Alegre, 11 de fevereiro de 2021.

ARITA BERGMAN
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

**PLANO DE AÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
MACRORREGIÃO MISSIONEIRA**

As referidas diligências apontadas abaixo constam no parecer técnico nº: 575/2020-CGURG/DHU/SAES/MS, encaminhado através de ofício nº: 793/2020 - CGURG/DHU/SAES/MS, para senhora Secretária de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Senhora Arita Bergmann, com objetivo de justificar as inconsistências apontadas no relatório.

Ao que segue:

3.2 – PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO REGIONAL - PAR

C – Componente Hospitalar

C1 – Portas de Entrada

Proposta de Habilitação Portas de Entrada Federal

INFORMAÇÕES GERAIS						CUSTEIO DE PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA							
Região de Saúde	Município	CNES	Estabelecimento	Tipo de Gestão	NATUREZA JURÍDICA	Geral		Tipo I		Tipo II		TOTAL	
						Físico	Financeiro anual	Físico	Financeiro anual	Físico	Financeiro anual	Físico	Financeiro anual
11	Santo Ângelo	2259907	Hospital de Caridade Santo Ângelo	Estadual	Entidade sem Fins Lucrativos	-	-	1	2.400.000,00	-	-	1	2.400.000,00
12	Cruz Alta	2263858	Hospital de Caridade São Vicente de Paulo	Estadual	Entidade sem Fins Lucrativos	-	-	-	-	1	3.600.000,00	1	3.600.000,00
13	Ijuí	2261057	Associação Hospital de Caridade Ijuí	Estadual	Entidade sem Fins Lucrativos	-	-	1	2.400.000,00	-	-	1	2.400.000,00
14	Santa Rosa	2254611	Hospital Vida e Saúde	Municipal	Entidade sem Fins Lucrativos	-	-	1	2.400.000,00			1	2.400.000,00

Fonte: 9ª, 12ª, 14ª e 17ª CRS – 2019.

A Região Macromissioneira tem pleito para habilitação junto ao Ministério da Saúde de três Instituições Hospitalares como Porta de Entrada Tipo I e uma Instituição como Porta de Entrada Tipo II.

Os hospitais solicitantes dos pleitos Porta de Entrada Tipo I são referências na alta complexidade para as seguintes especialidades:

- Hospital de Caridade de Santo Ângelo (CNES 2259907), Entidade sem fins lucrativos, possui habilitação em alta complexidade em Traumatologia-Ortopedia, com plantão presencial 24 h, atendendo a Região de Saúde 11, presta atendimento a gestante de alto risco, alta complexidade na linha de cuidado em obesidade, UTI Neonatal e adulto, oncologia (UNACON).

- Associação Hospital de Caridade de Ijuí (CNES 2261057), Entidade sem fins lucrativos, possui habilitação em alta complexidade em Cardiovascular, atende toda a macrorregião missioneira. É também Porta de Entrada Hospitalar da Rede de Urgência e Emergência como Hospital Especializado Porte Tipo II pela Resolução Nº 373/2013, com cofinanciamento Estadual. Na oncologia possui CACON, com serviço de braquiterapia de alta taxa de dose, sendo o único serviço no interior do Estado do RS. Atende nefrologia, UTIs coronariana e geral, além de estar pleiteando habilitação em gestante de alto risco. Possui SAMU Avançado no município de Ijuí.

- Hospital Vida e Saúde (CNES 2254611), Entidade sem fins lucrativos, possui habilitação em alta complexidade Neurologia/Neurocirurgia inclusive para atendimentos de urgência no qual atende os municípios da 17ª CRS e 12ª CRS e Traumatologia-Ortopedia, possui um UNACON com serviço de quimioterapia e radioterapia e nefrologia. Administra o Serviço de SAMU 192 com Unidade de Suporte Avançado – USA e a UPA Regional porte II.

- Como pleito de Porta de Entrada Tipo II temos o Hospital de Caridade São Vicente de Paulo (CNES 2263858), entidade sem fins lucrativos que possui habilitação em alta complexidade em Neurologia/Neurocirurgia e Traumatologia-Ortopedia. Atende também Nefrologia alta complexidade, Centro de Urgência Tipo III na Linha do AVC, Obesidade e Oncologia (UNACON), atendendo aproximadamente 954.000 habitantes, considerando que também é referência em Neurologia/Neurocirurgia para a 4ª CRS e 10ª CRS.

Justifica-se o pleito, pelo fato de todas as instituições hospitalares possuírem habilitações em alta complexidade englobando várias especialidades, que juntas atendem a população da Região Macromissioneira de aproximadamente 884.688 habitantes (IBGE 2019) além de atender também parte da população de outras Regiões de Saúde em algumas especialidades como nefrologia para as Regiões de Saúde 15 (Caminho das Águas) e 20 (Rota da Produção) acrescentando uma população de aproximadamente 272.370 habitantes. Na especialidade oncologia (braquiterapia) a Macrorregião possui o único serviço no interior do Estado, além de UTIs reguladas pela Central de Regulação do Estado do RS, ampliando a cobertura de usuários. Além dos serviços já habilitados e que atendem além da Macromissioneira, existem dificuldades relacionadas a longas distâncias, má conservação de estradas, municípios sem acesso asfáltico, áreas de fronteira, travessias de balsa. Há existência de população indígena e quilombola, cuja equidade precisa ser garantida, populações próximas a

barragens de hidrelétricas.

Salientamos também como fator importante para manutenção da solicitação das quatro Instituições Hospitalares como Porta de Entrada, as longas distâncias entre municípios e as próprias sedes das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), bem como da Capital do Estado, Porto Alegre conforme descrição abaixo.

Distâncias entre municípios sede de CRS e capital Porto Alegre:

Cruz Alta	346 Km
Santo Ângelo	436 Km
Santa Rosa	491 KM
Ijuí	395 Km

Distâncias entre as CRS:

Cruz Alta	Dista 88 km de Santo Ângelo, 141 km de Santa Rosa e 45 km de Ijuí;
Santo Ângelo	Dista 56 km de Santa Rosa, 88 Km de Cruz Alta e 50 km de Ijuí;
Santa Rosa	Dista 100 km de Ijuí, 141 Km de Cruz Alta e 56 Km de Santo Ângelo;
Ijuí	Dista 100 Km de Santa Rosa, 45 Km de Cruz Alta e 50 Km de Santo Ângelo

C3 – Leitos de Terapia Intensiva Novos e Qualificados:

O cálculo de necessidade de leitos de UTI adulto e pediátrico, bem como de Leitos de Cuidados Prolongados, se encontra no anexo I (Nota Técnica da Coordenação Estadual das Urgências e Emergências)

Região 11 – Sete Povos das Missões

Quanto ao pedido de leitos novos, o Hospital São Luiz Gonzaga solicitou a habilitação de 10 leitos de UTI Geral adulto e mantém a solicitação de pedido de habilitação. O município presta serviço para uma microrregião de saúde que abrange 8 municípios da região na média complexidade.

Justifica-se a necessidade deste serviço pela distância para acesso aos serviços de UTI para essa microrregião. O hospital, conforme ofício anexo II encontra-se em reforma com previsão de término no exercício de 2021. Cronograma de implantação da UTI geral adulto após o término das obras.

No que se refere a qualificação de 5 leitos do Hospital Ivan Goulart em São Borja. O município por ser gestão Plena atende município de Maçarambá, Garruchos e Santo Antônio das Missões. O atendimento prestado nesta instituição é diferenciado por se tratar de local fronteiriço com grande distâncias de municípios polo, tornando-se essencial o máximo de autossuficiência dessa instituição. Com referência para 75 mil habitantes para serviços de urgência e emergência, UTI habilitada para atendimento tipo2, centro cirúrgico com 5 salas, serviço de saúde mental com 30 leitos para atendimento regional, referência na rede cegonha para parto e nascimento e em atualmente encontra-se o processo de habilitação para UNACON. Devido a atual situação de pandemia e dificuldades de transferência de pacientes para as UTIs COVID, mesmo sem habilitação, o hospital prestou assistência a todos os pacientes que necessitavam de assistência em terapia intensiva o que gerou diminuição de oferta de leitos, por vários períodos, de maneira a garantir a segurança dos pacientes internados com adaptações temporárias nas estruturas físicas do CTI e conseqüentemente, diminuição de leitos.

No que se refere ao Hospital de Caridade de Santo Ângelo, as taxas de ocupação de nossa UTI dentro da normalidade e fora do período do Covid-19 sempre foram superiores a maior 80% conforme as tabelas demonstram:

ANO 2019

UTI ADULTO	TOTAL DIÁRIAS Faturadas	Total Diárias	Taxa Ocupação
JANEIRO – 2019	296	310	95,48
FEVEREIRO – 2019	260	280	92,86
MARÇO – 2019	267	310	86,13
ABRIL - 2019	273	300	91,00
MAIO - 2019	229	310	73,87
JUNHO – 2019	273	300	91,00
JULHO – 2019	287	310	92,58
AGOSTO – 2019	313	310	100,97
SETEMBRO – 2019	309	300	103,00
OUTUBRO – 2019	260	310	83,87
NOVEMBRO – 2019	240	300	80,00
DEZEMBRO – 2019	249	310	80,32

ANO 2020

UTI ADULTO	TOTAL DIÁRIAS Faturadas	Total Diárias	Taxa Ocupação
JANEIRO – 2020	243	310	78,39

FEVEREIRO – 2020	271	280	96,79
MARÇO – 2020	244	310	78,71
ABRIL - 2020	225	300	75,00
MAIO - 2020	212	310	68,39
JUNHO – 2020	191	300	63,67
JULHO – 2020	298	310	96,13
AGOSTO – 2020	310	310	100,00
SETEMBRO – 2020	354	300	118,00
OUTUBRO – 2020	271	310	87,42
NOVEMBRO – 2020	217	300	72,33
DEZEMBRO – 2020	não fechada	310	#VALOR!

Fonte: Administração do Hospital de Caridade de Santo Ângelo

Os únicos meses com ocupação menor que 80% foram os meses de Abril, Maio e Junho, onde foi definido em conjunto com a Coordenadoria a suspensão das cirurgias eletivas, nos demais meses mesmo com esta restrição permanecendo a taxa de ocupação sempre foi alta.

Cabe ressaltar a necessidade e relevância de qualificação dos leitos do Hospital de Caridade de Santo Ângelo pois o hospital atende os 24 municípios da região de abrangência, além de realizar atendimento do SAMU, e habilitações na alta complexidade (plantão traumatologia 24 horas, linha de cuidado da obesidade, habilitação para UNACON e está solicitando habilitação para Leitos de Alto Risco da Rede Cegonha sendo nossa referência regional para Gestação de Alto Risco).

Região 12: Portal das Missões:

Hospital São Vicente de Paulo (CNES 2263858) – Cruz Alta

O Hospital São Vicente de Paulo, instituição filantrópica, presta serviços ao SUS na média e alta complexidade. Atualmente possui cinco habilitações em alta complexidade (traumato ortopedia, nefrologia, neurologia, obesidade e oncologia), oferecendo serviços à população macrorregional.

Para a Traumatologia, o prestador é referência, para os municípios da 9ª CRS e da 17ª CRS, o que representa um total de 390.361 habitantes (população estimada). Na habilitação em Neurologia e Neurocirurgia, Centro de Urgência Tipo III aos pacientes com AVC, é referência para 32 (trinta e dois) municípios da 4ª CRS, além dos 13 (treze) que pertencem à 9ª CRS, somando aproximadamente, 715.604 habitantes.

A Nefrologia, a Unidade de Oncologia – UNACON e o tratamento da Obesidade possuem todos os municípios da R12 referenciados para a instituição.

Considerando a população total referenciada para todas as especialidades supracitadas e o percentual de dependentes exclusivos SUS, conclui-se que aproximadamente 954.000 pessoas estão suscetíveis ao atendimento neste estabelecimento de saúde.

Atualmente, a instituição dispõe de 10 leitos de UTI tipo II, disponibilizando 08 leitos para o atendimento de usuários do SUS, a gestão dos leitos submete-se a Central Estadual de Regulação. A Taxa de Ocupação em 2019 foi de 97,7% e a Média de Permanência é de 7,8 dias no mesmo período. Em números absolutos, foram realizadas 9.081 internações em alta complexidade no ano de 2019, sendo que 1.165 foram de pacientes residentes fora da zona de referência, o que ressalta a importância do hospital não somente para a região mas o define como ponto estratégico para o Estado. (Fonte: SIH/SUS e Portal BI – acesso em 11/08/2020).

De acordo com os dados do Portal BI – Parâmetros SUS (2020), a região tem déficit de 16 leitos, analisando o cenário três, conforme consta em planilha (anexo III). Diante do exposto, justifica-se o pleito do Hospital de Caridade São Vicente de Paulo, que solicita a qualificação de 6 (seis) leitos dos já existentes e a habilitação de 10 novos leitos de UTI tipo II.

Para a nova habilitação, o hospital já manifestou interesse em manter a estrutura que possui área física com projeto aprovado junto à Vigilância Sanitária. No momento a referida está à disposição da Central de Regulação Estadual para o tratamento de pacientes com COVID 19, não sendo possível determinar um cronograma de implantação antes do final da pandemia.

Cabe salientar que o referido hospital é habilitado como Porta de Entrada Hospitalar da Rede de Urgência e Emergência como Hospital Especializado Porte Tipo I pela Resolução Nº 373/2013 – CIB/RS.

Quanto aos leitos pediátricos, consideramos ter havido equívoco no relatório pois a 9ª CRS não possui hospitais com leitos habilitados.

Região 13 – Diversidade:

Hospital Bom Pastor (CNES 2261030) - Ijuí

Solicita a habilitação de 10 novos leitos de UTI Geral, com implantação prevista para após o término da pandemia pelo Covid-19

OBS: Cálculo da necessidade de leitos (anexo IV)

Hospital de Caridade de Ijuí (CNES 2261057) - Ijuí

A instituição possui 15 leitos SUS (CNES) sendo 6 para a Unidade Coronariana. Dos 9 leitos solicita qualificar 06 leitos (80%).

Leitos Pediátricos

A Associação Hospital de Caridade de Ijuí definiu ficar com apenas 1 leito para paciente internado em leito de UTI pediátrica há 16 anos, por determinação do Ministério Público, portanto não haverá mais pleito de qualificação. A correção no CNES está sendo providenciada conforme ofício (anexo V).

Região 14 – Fronteira Noroeste

O Hospital Vida e Saúde solicitou a habilitação de 10 leitos de UTI adulto e 04 leitos de UTI pediátricos – CNES - 2254611. Mantém a solicitação de pedido de habilitação dos leitos.

Quanto a UTI, do Hospital Vida e Saúde CNES 3017060 – (antigo hospital ABOSCO), entidade filantrópica sem fins lucrativos, cabe registrar que o antigo hospital ABOSCO, tem habilitação federal de 10 leitos de UTI adulto tipo II, através da portaria SAS nº: 873 de 15 de maio de 2017. Em função da instituição entrar em processo de falência e leilão judicial, estes leito ficaram sem funcionar, por um longo período, porém como havia interesse por parte do Hospital Vida e Saúde em comprar a instituição o que se consolidou no segundo semestre de 2020, estes leitos encontram-se suspensos pelo Ministério da Saúde, em 19 de outubro de 2018, através da Portaria N° 3395/2018, em consequência o teto financeiro para o custeio destes leitos foi retirado do teto do município de Santa Rosa, que é pleno, o que justifica a baixa taxa de ocupação dos leitos. Atualmente estes leitos estão servindo para o atendimento dos pacientes de COVID 19, onde foram ampliados mais 15 leitos para atender o mesmo fim. Portanto em tratativa com o Hospital Vida e Saúde, que comprou o Hospital ABOSCO, a instituição solicitou a permanência dos leitos já habilitados e solicita o reestabelecimento do custeio referente a essa habilitação a partir da cessação da pandemia do COVID-19, pois os leitos estão sendo utilizados para internação de pacientes com COVID-19 nesse momento. e a solicitação de qualificação de 08 leitos, e solicitou também a manutenção dos outros 10 leitos habilitados para o atendimento do COVID, transformando essa habilitação em UTI Adulto tipo II, totalizando então 20 leitos de UTI adulta tipo II para o Hospital ABOSCO, logo após o término da pandemia.

O Hospital São Vicente de Paulo, entidade filantrópica sem fins lucrativos, do município de Três de Maio, solicita 04 leitos novos de UTI, atualmente possui 06 habilitados. Justifica-se, além da necessidade de ampliação de leitos, pois o hospital atende 06 municípios na sua microrregião de abrangência, além de realizar atendimento do SAMU, a instituição adequar-se-á a portaria de consolidação nº 01/2017 do MS, que indica que deverão ser habilitados no mínimo dez leitos de UTI.

No que tange UTI do Hospital São Vicente de Paulo do município de Três de Maio, cabe informar que o município atende uma microrregião, composta por 06 municípios, sendo referência para os partos, além de prestar atendimento de urgência e emergência, incluindo a especialidade de traumatologia para microrregião e oftalmologia para região. Quanto ao apontamento referente a baixa taxa de ocupação em leitos de UTI, foi encaminhado ofício para a instituição solicitando esclarecimentos, o que foi respondido no Ofício 009/2021 – HSVP (ANEXO VI). Em tempo, ressalta-se que durante o ano de 2020 os leitos de UTI foram utilizados também para a internação de pacientes acometidos pelo COVID-19.

No quadro abaixo, está apresentado o cálculo de necessidade de leitos de UTI adulto e UTI

pediátrica, para população da Região de Saúde Fronteira Noroeste, de acordo com cenários propostos na portaria de consolidação nº: 01/2017.

Quadro 1 - Calculo de necessidade de leitos UTI adulto por cenário

Parâmetros Assistenciais - SUS (Portaria GM/MS nº. 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015)										
UF	Macro	CRS	Região	Quadro	Nm. Parâmetro	Necessidade	Necessidade SUS	Necessidade NSUS	Deficit/Superávit Leito SUS	% Usuário SUS
RS	4303 - Missioneira	9 - 9ª - Cruz Alta	Região 12 - Portal das Missões	Leitos UTI CENÁRIO 1	UTI Adulto	7,73	6,89	0,84	1	89,13%
				Leitos UTI CENÁRIO 2	UTI Adulto	8,77	7,81	0,95	0	89,13%
				Leitos UTI CENÁRIO 3	UTI Adulto	27,01	24,07	2,94	-16	89,13%
				Leitos UTI CENÁRIO 4	UTI Adulto	30,61	27,29	3,33	-19	89,13%
				Leitos UTI CENÁRIO 1	UTI Adulto	15,21	14,11	1,10	3	92,77%
				Leitos UTI CENÁRIO 2	UTI Adulto	17,24	16,00	1,25	1	92,77%
				Leitos UTI CENÁRIO 3	UTI Adulto	53,24	49,40	3,84	-32	92,78%
				Leitos UTI CENÁRIO 4	UTI Adulto	60,35	55,99	4,35	-39	92,78%
		12 - 12ª - Santo Ângelo	Região 11 - Sete Povos das Missões	Leitos UTI CENÁRIO 1	UTI Adulto	12,93	11,39	1,54	15	88,12%
				Leitos UTI CENÁRIO 2	UTI Adulto	14,65	12,91	1,74	13	88,12%
				Leitos UTI CENÁRIO 3	UTI Adulto	45,33	39,97	5,37	-14	88,16%
				Leitos UTI CENÁRIO 4	UTI Adulto	51,38	45,30	6,08	-19	88,16%
				Leitos UTI CENÁRIO 1	UTI Adulto	12,35	11,26	1,10	4	91,12%
				Leitos UTI CENÁRIO 2	UTI Adulto	14,00	12,76	1,24	2	91,12%
				Leitos UTI CENÁRIO 3	UTI Adulto	43,19	39,37	3,82	-24	91,15%
				Leitos UTI CENÁRIO 4	UTI Adulto	48,96	44,63	4,33	-30	91,15%
		14 - 14ª - Santa Rosa	Região 14 - Fronteira Noroeste	Leitos UTI CENÁRIO 1	UTI Adulto	12,93	11,39	1,54	15	88,12%
				Leitos UTI CENÁRIO 2	UTI Adulto	14,65	12,91	1,74	13	88,12%
				Leitos UTI CENÁRIO 3	UTI Adulto	45,33	39,97	5,37	-14	88,16%
				Leitos UTI CENÁRIO 4	UTI Adulto	51,38	45,30	6,08	-19	88,16%
Leitos UTI CENÁRIO 1	UTI Adulto			12,35	11,26	1,10	4	91,12%		
Leitos UTI CENÁRIO 2	UTI Adulto			14,00	12,76	1,24	2	91,12%		
Leitos UTI CENÁRIO 3	UTI Adulto			43,19	39,37	3,82	-24	91,15%		
Leitos UTI CENÁRIO 4	UTI Adulto			48,96	44,63	4,33	-30	91,15%		
17 - 17ª - Ijuí	Região 13 - Diversidade	Leitos UTI CENÁRIO 1	UTI Adulto	12,35	11,26	1,10	4	91,12%		
		Leitos UTI CENÁRIO 2	UTI Adulto	14,00	12,76	1,24	2	91,12%		
		Leitos UTI CENÁRIO 3	UTI Adulto	43,19	39,37	3,82	-24	91,15%		
		Leitos UTI CENÁRIO 4	UTI Adulto	48,96	44,63	4,33	-30	91,15%		

FONTE: Portal BI/Gestor Estadual – Parâmetros Assistenciais de Atenção Hospitalar. Estimativa Portaria de Consolidação nº: 01/2017.

A seguir será apresentado o quadro com o número total de leitos de UTI adulto e pediátrica da Região Fronteira Noroeste, por instituição prestadora de serviço, a solicitação de habilitação de novos leitos e a solicitação de qualificação.

Quadro 2)- Tipologia de leitos e cronograma de implantação

Região de Saúde	INSTITUIÇÃO	CNES	Leitos existentes		Proposta de Implantação -Leitos Novos		Proposta de Leitos a Qualificar		Cronograma de Implantação	Nº Proposta SAIPS
			Adulto	Ped	Adulto	Ped	Adulto	Ped		
11	Associação Hospital de Caridade Santo Ângelo	2259907			-	-	8	-		-
11	Fundação Ivan Goulart	2248298			-	-	5	-		-
11	Sociedade Hospitalar São Luiz Gonzaga	2259893			10	-	-	-		-
12	Hospital São Vicente de Paulo	2263858	10	-	10	-	6	-	Para 2021 após a pandemia de COVID	-
13	Associação Hospital de Caridade Ijuí	2261057	15	4	-	-	7	-	Para 2021 após a pandemia de COVID	-
13	Associação Hospital Bom Pastor Ijuí	2261030	-	-	10	-	-	-		-
14	Associação Hospitalar Caridade Santa Rosa	2254611	10	6	10	4	8	5	Para 2021 após a pandemia de COVID	-
14	Associação de Literatura e Beneficência - Hospital São Vicente de Paulo de Três de Maio	2250837	6	-	4	-	4	-	Para 2021 após a pandemia de COVID	-
14	Associação Hospitalar Caridade Santa Rosa unidade Hospital ar	3017060	10	-	-	-	8	-	Para 2021 após a pandemia de COVID	-

	ABOSCO de Santa Rosa									
--	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C4 – Leitos de Cuidados Prolongados

Região 11 – Sete Povos das Missões

Hospital de Caridade Cerro Azul de Cerro Largo

Um dos maiores problemas do Sistema Único de Saúde (SUS) é a transferência de pacientes crônicos com alta dependência (necessidades de auxílio para funções vitais básicas), mas que deixaram de ser de alta complexidade (já não requerem cuidado médico ou recursos diagnósticos ou terapêuticos de nível terciário). Isso implica em permanência prolongada desses pacientes em sala de urgência e leitos hospitalares de internação geral em nível terciário, gerando atritos internos e externos, sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem e elevados custos hospitalares. Para resolver esse problema, busca-se a instalação de leitos de longa permanência. Esses leitos estão previstos para serem alocados em hospitais menores (Hospital de Caridade Cerro Azul de Cerro Largo), o qual encontra-se em reforma e aguarda habilitação ministerial e que enfrenta enormes dificuldades econômicas para subsistência e têm baixa taxa de ocupação. Além disso, essas instituições têm dificuldades em lidar com pacientes de alta dependência com características especiais, como os dependentes de ventilação não-invasiva. O despreparo dessas instituições para lidar com a alta dependência causa alto índice de agravos agudos de condições crônicas, com elevadas taxas de contra referência para salas de urgência. Para que essa instalação seja possível, é previsto pagamento diferenciado para a diária e auxílio inicial de custo para qualificação. Temos o entendimento de que é importante e necessário habilitar esses leitos, como forma de garantir o atendimento da população necessitada e com bons resultados, sem colocar em risco a vida destas pessoas no caso de terem que deslocar para outros municípios em busca de atendimento.

Região 12: Portal das Missões:

A Região de Saúde 12 está pleiteando uma Unidade de Cuidados Prolongados com 15 leitos no Hospital Santa Bárbara Beneficente município de Santa Bárbara do Sul. Considerando que, a principal referência regional é o Hospital Regional São Vicente de Paulo de Cruz Alta que tem 132 leitos SUS e é habilitado na Alta Complexidade em Neurologia e Neurocirurgia, Centro de Urgência Tipo III aos pacientes com AVC, Traumato-Ortopedia, Nefrologia com Hemodiálise e Diálise Peritoneal, Obesidade e Oncologia -UNACON). Isto demonstra a necessidade do Hospital encaminhar os pacientes que necessitem de internação de longa permanência, para os leitos de

Cuidados Prolongados e liberar vagas para a internação e tratamento de casos agudos.

Região 13 -Diversidade

Informamos que já foram habilitados pelo Ministério da Saúde 25 leitos de cuidados prolongados na Associação Hospitalar Beneficente Ajuricaba.

Região 14 – Fronteira Noroeste

Cabe informar que já foram habilitados pelo Ministério da saúde os 20 leitos de cuidados prolongados da Sociedade Hospital de Caridade de Alecrim e 20 leitos na Associação de Literatura e Beneficência Hospital São José de Giruá.

C7 – Atenção Domiciliar

Processo de Desospitalização:

Região 11 – Sete Povos das Missões

Hospital de São Borja(Hospital Infantil Ivan Goulart)

Existe Transferência de cuidado responsável para equipe de saúde da família?

A transferência em nível de atenção básica se diferencia do encaminhamento ou da contra referência para a rede porque pressupõe a criação de estratégias que visem garantir o acesso à Atenção Básica, os pacientes que são atendidos neste serviço, após a triagem ou avaliação médica e avaliado que não é necessário atendimento hospitalar, são referenciados ou contra referenciados a sua estratégia da família, com documento informando o caso do paciente, em algumas situações é realizado o contato direto com a responsável pelo ESF e comunicado sobre a transferência do paciente.

Acompanhamento dos pacientes após alta hospitalar pelas equipes de AB?

Pacientes com comorbidades, debilitados, com sequelas neurológicas, que necessitam de cuidados específicos e fazem uso de dispositivos invasivos, como sondagens, cateteres, oxigênio, entre outros, antes mesmo da alta hospitalar é comunicado a estratégia da família ou o Programa melhor em casa que acompanhará esse paciente em seu domicílio e auxiliará o mesmo e ou familiar nos cuidados necessário e seguiram avaliando caso haja alterações no quadro e necessidade de possível retorno ao atendimento hospitalar.

Protocolos de desospitalização precoce para diminuir riscos de infecção, melhora da gestão de leitos hospitalares e uso de recursos?

Possuímos inúmeros protocolos referentes a prevenção de infecções relacionadas a assistência ao paciente, visando a qualidade e segurança na assistência prestada, bem como evitar longa permanência hospitalar ou sequelas referentes a infecções onde possam trazer dificuldades no cuidado

e recuperação no domicílio.

Região 12: Portal das Missões:

Até o presente momento, não há projeto de desospitalização ou serviço de atenção domiciliar implantado na 9ª CRS.

Região 13 -Diversidade

1 - No município de Ijuí, o Hospital de Caridade de Ijuí, tem implantado um projeto de desospitalização com transferência de cuidado responsável para as Equipes de Saúde da Família, dos municípios que são atendidos pelo mesmo.

2 – As Equipes de Saúde da família acompanham os pacientes que demandam cuidados após a alta hospitalar.

3 – Existem protocolos que são seguidos (anexo VII)

METAS A SEREM CUMPRIDAS

- a)- Acompanhar através do Comitê Macrorregional de Urgência a implantação dos serviços novos que compõe a rede de urgência e emergência;
- b)- Monitorar o funcionamento dos serviços de urgência e emergência da região, acompanhando os indicadores de assistência prestados e a qualidade do atendimento;
- c)- Reduzir as internações sensíveis a atenção básica;
- d)- Aumentar a taxa de ocupação dos leitos de UTI, que compõe a rede de urgência e emergência da Macro Missioneira;
- e)- Acompanhar e monitorar os indicadores de atendimento prestado nas UPAS 24 horas;
- f)- Acompanhar e monitorar os indicadores de atendimento das ambulâncias do SAMU 192;
- g)- Acompanhar e monitorar os indicadores de atendimento dos serviços de portas abertas de urgência (pronto socorro, pronto atendimento, entre outros);
- h)- Garantir a referência e contra-referência dos serviços prestados;
- i)- Garantir o acesso dos usuários aos serviços que compõe a rede de urgência e emergência.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

A previsão de implantação das ações previstas no PAR consideram aspectos como disponibilidade de recursos (financeiros, capacidade instalada, estrutura, legislação), além do cumprimento das pactuações realizadas conforme os pleitos constantes no PAR.

Os SAMUs novos iniciarão suas atividades no momento do recebimento das novas ambulâncias,

sendo que os já habilitados aguardam a qualificação dos serviços. Da mesma forma as UPAs novas aguardam habilitação, bem como qualificação posterior. As Portas de Entrada já funcionam e aguardam habilitação e posterior qualificação. Em relação aos leitos de UTI, os novos aguardam habilitação e os já existentes a qualificação, da mesma forma nas Linhas de Cuidado Cerebrovascular e Cardiovascular, onde os serviços estão em funcionamento aguardando a habilitação junto ao Ministério da Saúde.

Também se considera a situação da pandemia pelo COVID-19, sendo que alguns serviços dependerão do término da mesma para a implantação.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Na Macrorregional Missioneira não existe uma Central de Regulação Médica das Urgências. Todos os municípios são regulados pela Central Estadual de Regulação das Urgências. A Regulação das Urgências e Emergências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O presente Plano estabelece que o Comitê Regional de Atenção às Urgências deverá definir instrumentos de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde envolvidos e organizados por este plano na atenção às urgências da região. Estabelece como uma das diretrizes da Rede de Atenção às Urgências o monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção.

ESTABELECIMENTO DE RESPONSABILIDADES

As ações e serviços que compõe a Rede de Urgência e Emergência são de responsabilidade tripartite (União , Estado e Municípios), devendo ser estruturado e custeado em conjunto com os três entes federados e deverá seguir um fluxo de atendimento.

Os fluxos e diretrizes devem considerar primeiramente o acolhimento do usuário na Atenção às Urgências e dar-se-á através das Portas de Entrada, devendo ser considerada também a Rede Cegonha e a Rede de Atenção Psicossocial, a fim de garantir o acesso integrado a todas as situações de risco de doenças e outros agravos. Serão Portas de Entrada para as Urgências, as UBSs – Unidades Básicas de Saúde, os Pronto Atendimentos 24 h, as UPAs – Unidade de Pronto Atendimento, os SAMUs – Serviço de Atendimento Móvel às Urgências.

Os municípios serão responsáveis pela atualização de informações nos sistemas de informação, tais como CNES, SAIPs, Fundo Nacional de Saúde, DATASUS, Portal E-gestor, entre outros.

As Coordenadorias Regionais de Saúde serão responsáveis por acompanhar os pleitos solicitados.

A Secretaria Estadual da Saúde acompanhará os pleitos e repassará os recursos financeiros estaduais aos prestadores.

O Ministério da Saúde habilitará os serviços que cumprirem com os requisitos estabelecidos em legislação do Sistema Único de Saúde, e repassará os recursos financeiros aos locais de destino

APORTE DE RECURSOS

Os recursos para implantação, qualificação e custeio dos serviços que compõe a rede de urgência e emergência da Macrorregião Missioneira respeitarão os conceitos previstos na portaria de consolidação do MS nº: 06 de 2017, sendo de caráter tripartites, ou seja, serão custeados pelo Ministério da Saúde, através de portarias específicas de habilitação dos serviços, pelo Estado através de portarias e de das Resoluções CIB/RS e pelos municípios, respeitando a legislação vigente.

As ações e serviços previstos no PAR, de acordo com a exigência, serão cadastradas pelo município no SAIPS. O Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) apresenta o objetivo de aperfeiçoar as solicitações de transferências de recursos financeiros ou credenciamento/habilitação de serviços necessários à implantação de políticas em saúde; permitindo transparência, agilidade, organização e monitoramento das solicitações. O acesso ao sistema SAIPS é liberado para servidores e técnicos do Ministério da Saúde, Gestores Estaduais e Municipais do FNS, pessoas com vínculo institucional com o Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde, Estadual, Municipal ou Distrital, Entidade Representativa, Órgãos de Controle Especial e Polícia Federal.

Na aplicação dos recursos será observado o que prevê a Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. *Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos (LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012).*

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal (LEI

COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012).

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde (LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012).

Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos (LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012).



ESTADO DO RIO GRANDE
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
COORDENAÇÃO ESTADUAL DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

NOTA TÉCNICA

NECESSIDADE DE LEITOS DE RETAGUARDA NO RS

Memória de Cálculo e atualização dos parâmetros

A necessidade de leitos hospitalares deve ser analisada de acordo com a Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017, a qual estabelece parâmetros para as áreas de Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria Clínica, Pediatria Cirúrgica, Adulto Clínico 15 a 59 anos, Adulto Clínica 60 anos e mais, Adulto Cirúrgica 15 a 59 anos e Adulto Cirúrgica 60 anos e mais. A recomendação é de que a necessidade de leitos seja calculada em quatro cenários com valores progressivos, de forma a situar a realidade em relação aos leitos do Estado.

Para a estratificação dos cenários de um a quatro, a Portaria adota variáveis como taxa de internação, tempo médio de permanência e taxa de ocupação hospitalar.

A construção dos cálculos das necessidades de leitos para o RS, por macrorregião de saúde, foi realizada em 2017, pelo Grupo de Trabalho composto pelo Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA), Departamento de Regulação Estadual (DRE), Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação (DGTI), com interlocução dos Secretários de Saúde, à época, João Gabbardo dos Reis e Francisco Paz. Atualmente os dados atualizados estão disponíveis em um painel do Portal BI Gestor Municipal da SES/RS.

MEMÓRIA DE CÁLCULO UTILIZADA:

Os dados têm como fonte a Portaria Ministerial citada e estão disponíveis em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Caderno-1-Criterios-e-Parametros-ASSISTENCIAIS-1-revisao.pdf>.

O cálculo de necessidade de leitos é tratado na Seção V do documento supracitado (páginas 51-66), onde poderá ser consultada a fórmula do mesmo, a descrição das variáveis, possíveis parametrizações do cálculo e a sugestão de quatro (04) cenários, nos quais variam a Taxa de Ocupação Hospitalar Estimada e o Tempo Médio de Permanência, variando entre uma necessidade menor ou maior de leitos, conforme estes parâmetros.

Os fatores que compõem o cálculo são:

- População de referência: necessária estratificação por faixa etária, tendo sido utilizada a estimativa da Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão (SPGG) de 2020 e o SINASC de 2018 para Obstetrícia e Neonatal.
- Taxa de Internação Esperada.
- Fator de ajuste e taxa de recusa (fila) esperada.
- Tempo Médio de Permanência.
- Taxa de Ocupação.
- Fator de Não Residentes.



ESTADO DO RIO GRANDE
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
COORDENAÇÃO ESTADUAL DAS URGENCIAS E EMERGENCIAS

Estes itens podem ser definidos de acordo com a realidade do Estado e os quatro (04) cenários sugerem valores diferentes para cálculo. Na construção dos cálculos, os dados foram discutidos e apresentados ao Secretário da Saúde à época, que definiu o **Cenário 3** para ser seguido pelo Estado.

No Portal BI Gestor Municipal, todos os cenários foram atualizados em agosto de 2020 e seguem disponíveis para consulta. Apresentamos abaixo os cálculos das necessidades de leitos, por macrorregião, considerando a Portaria de Consolidação N° 01/2017:

LEITOS CLÍNICOS DE RETAGUARDA												
LEITOS CLÍNICOS ADULTOS E PEDIÁTRICOS												
Macrorregião de Saúde	Capacidade Instalada Total				Necessidade Estimada Leitos SUS							
					Cenário 1		Cenário 2		Cenário 3		Cenário 4	
	Leitos Clínicos Adultos – Geral	Leitos Clínicos Adultos – SUS	Leitos Clínicos Pediátricos – Geral	Leitos Clínicos Pediátricos – SUS	Leitos Clínicos Adultos	Leitos Clínicos Pediátricos	Leitos Clínicos Adultos	Leitos Clínicos Pediátricos	Leitos Clínicos Adultos	Leitos Clínicos Pediátricos	Leitos Clínicos Adultos	Leitos Clínicos Pediátricos
Total	14.127	10.109	2.751	2.139	4.743,2	869,6	5.376,5	985,7	10.415,2	2.078,3	11.805,8	2.355,7
Centro-Oeste	1.363	913	313	258	486,9	85,3	551,9	96,6	1.066,7	203,8	1.209,1	231,0
Metropolitana	5.296	3.917	864	674	1.898,8	381,6	2.152,3	432,6	4.179,9	912,1	4.738,0	1.033,9
Missioneira	1.507	1.066	334	248	456,4	72,7	517,3	82,4	998,7	173,7	1.132,0	196,9
Norte	1.936	1.331	550	427	612,2	103,8	694,0	117,6	1.341,4	248,1	1.520,5	281,2
Serra	1.295	838	194	121	349,8	69,3	396,5	78,5	770,1	165,6	873,0	187,7
Sul	1.503	1.163	241	215	505,2	86,9	572,6	98,5	1.107,2	207,7	1.255,1	235,5
Vales	1.227	881	255	196	434,0	70,0	491,9	79,3	951,2	167,3	1.078,2	189,6

Fonte: Portal BI Gestor Municipal – Parâmetros Assistenciais da Atenção Hospitalar- Estimativa Portaria de Consolidação N° 01/2017 – Última atualização em: 12.08.2020.

*Carregados leitos da competência 05/2020 ** Parâmetros calculados com base na Estimativa populacional SPGG 2020 e SINASC de 2018

LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOS NA RUE – PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N° 03/2017												
* O cálculo para estabelecer a necessidade de Leitos de Cuidados Prolongados será feito de forma regional, de acordo com os seguintes parâmetros: Os Leitos de Cuidados Prolongados corresponde a 5,62% da necessidade total de leitos hospitalares gerais, percentual que deverá ser distribuído da seguinte forma: a) 60% (sessenta por cento) para internações em UCP e HCP. b) 40% (quarenta por cento) para cuidados em Atenção Domiciliar.												

TOTAL DE LEITOS GERAIS																								
Macrorregião de Saúde	Necessidade Estimada Leitos SUS																							
	Cenário 1					Cenário 2					Cenário 3					Cenário 4								
	Leitos Cirúrgicos	Leitos Clínicos	Leitos Obstétricos	Leitos Pediátricos	Leitos Neonatais	Total	Leitos Cirúrgicos	Leitos Clínicos	Leitos Obstétricos	Leitos Pediátricos	Leitos Neonatais	Total	Leitos Cirúrgicos	Leitos Clínicos	Leitos Obstétricos	Leitos Pediátricos	Leitos Neonatais	Total	Leitos Cirúrgicos	Leitos Clínicos	Leitos Obstétricos	Leitos Pediátricos	Leitos Neonatais	Total
Total	2660,7	4765,0	1117,2	869,6	206,0	9618,4	3015,9	3225,6	1266,3	233,6	8727,1	5741,1	9057,2	1443,0	2078,3	530,0	18849,5	6507,6	11856,9	1635,7	2355,7	600,7	22956,7	
Centro-Oeste	266,1	482,9	110,5	85,3	20,4	965,2	301,7	547,4	125,2	96,6	23,1	1094,0	575,5	1058,6	142,7	203,8	52,4	2033,0	652,4	1199,9	161,7	231,0	59,4	2304,4
Metropolitana	1092,1	1919,3	484,4	381,6	89,3	3966,6	1237,9	0,0	549,0	432,6	101,3	2320,8	2349,0	2819,3	625,6	912,1	229,8	6935,8	2662,6	4786,1	709,2	1033,9	260,4	9452,2
Missioneira	248,7	460,0	95,4	72,7	17,6	894,3	281,9	521,4	108,1	82,4	19,9	1013,7	539,5	1006,2	123,2	173,7	45,2	1887,9	611,6	1140,5	139,7	196,9	51,3	2139,9
Norte	338,2	620,2	135,7	103,8	25,0	1222,9	383,4	703,0	153,8	117,6	28,4	1386,1	732,7	1357,8	175,2	248,1	64,4	2578,2	830,6	1539,1	198,6	281,2	72,9	2922,4
Serra	198,8	344,7	88,0	69,3	16,2	716,9	225,3	390,7	99,7	78,5	18,4	812,6	426,6	759,5	113,6	165,6	41,7	1507,0	483,5	860,9	128,8	187,7	47,3	1708,2
Sul	277,9	504,2	111,9	86,9	20,6	1001,6	315,0	571,6	126,8	98,5	23,4	1135,3	601,0	1105,3	144,5	207,7	53,1	2111,6	681,3	1252,9	163,8	235,5	60,2	2393,6
Vales	238,9	433,7	91,5	70,0	16,9	850,9	270,8	491,6	103,7	79,3	19,1	964,5	516,6	950,6	118,1	167,3	43,4	1796,0	585,6	1077,5	133,9	189,6	49,2	2035,8

Fonte: Portal BI Gestor Municipal – Parâmetros Assistenciais da Atenção Hospitalar- Estimativa Portaria de Consolidação N° 01/2017 – Última atualização em: 12.08.2020.

*Carregados leitos da competência 05/2020 ** Parâmetros calculados com base na Estimativa populacional SPGG 2020 e SINASC de 2018

LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOS																
Macrorregião de Saúde Tipo de Leito Geral	Necessidade Estimada Leitos SUS															
	Cenário 1				Cenário 2				Cenário 3				Cenário 4			
	Total de Leitos Gerais	5,62% do total de leitos gerais	60% para internações Unidades Cuidados Prolongados	Necessidade Estimada de Leitos de Cuidados Prolongados em UCP	Total de Leitos Gerais	5,62% do total de leitos gerais	60% para internações Unidades Cuidados Prolongados	Necessidade Estimada de Leitos de Cuidados Prolongados em UCP	Total de Leitos Gerais	5,62% do total de leitos gerais	60% para internações Unidades Cuidados Prolongados	Necessidade Estimada de Leitos de Cuidados Prolongados em UCP	Total de Leitos Gerais	5,62% do total de leitos gerais	60% para internações Unidades Cuidados Prolongados	Necessidade Estimada de Leitos de Cuidados Prolongados em UCP
Total	9.618,4	540,6	324,3	324,3	8.727,1	490,5	294,3	294,3	18.849,5	1.059,3	635,6	635,6	22.956,7	1.290,2	774,1	774,1
Centro-Oeste	965,2	54,2	32,5	32,5	1.094,0	61,5	36,9	36,9	2.033,0	114,3	68,6	68,6	2.304,4	129,5	77,7	77,7
Metropolitana	3.966,6	222,9	133,8	133,8	2.320,8	130,4	78,3	78,3	6.935,8	389,8	233,9	233,9	9.452,2	531,2	318,7	318,7
Missioneira	894,3	50,3	30,2	30,2	1.013,7	57,0	34,2	34,2	1.887,9	106,1	63,7	63,7	2.139,9	120,3	72,2	72,2
Norte	1.222,9	68,7	41,2	41,2	1.386,1	77,9	46,7	46,7	2.578,2	144,9	86,9	86,9	2.922,4	164,2	98,5	98,5
Serra	716,9	40,3	24,2	24,2	812,6	45,7	27,4	27,4	1.507,0	84,7	50,8	50,8	1.708,2	96,0	57,6	57,6
Sul	1.001,6	56,3	33,8	33,8	1.135,3	63,8	38,3	38,3	2.111,6	118,7	71,2	71,2	2.393,6	134,5	80,7	80,7
Vales	850,9	47,8	28,7	28,7	964,5	54,2	32,5	32,5	1.796,0	100,9	60,6	60,6	2.035,8	114,4	68,6	68,6

Fonte: Portal BI Gestor Municipal – Parâmetros Assistenciais da Atenção Hospitalar- Estimativa Portaria de Consolidação N° 03/2017 – Última atualização em 18.08.2020.

*Leitos da competência 05/2020 ** Parâmetros calculados com base na Estimativa populacional SPGG 2020 e SINASC de 2018



ESTADO DO RIO GRANDE
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
COORDENAÇÃO ESTADUAL DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE CAPACIDADE INSTALADA DE LEITOS DE UTI (COMPETÊNCIA MAI/2020) E NECESSIDADE ESTIMADA PELOS PARÂMETROS DA PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N° 01/2017						
LEITOS UTI ADULTO						
Macrorregião de Saúde	Capacidade Instalada Total	Capacidade Instalada (Leitos SUS)	Necessidade Estimada			
			Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3	Cenário 4
Total	1.592	973	464,1	526,1	1.617,7	1.833,7
Centro-Oeste	130	78	47,6	54,0	166,6	188,9
Metropolitana	890	510	185,9	210,7	645,2	731,3
Missioneira	84	66	44,6	50,6	156,5	177,4
Norte	138	87	59,9	67,9	209,5	237,5
Serra	146	67	34,2	38,8	118,8	134,7
Sul	137	113	49,4	56,0	172,8	195,8
Vales	67	52	42,4	48,1	148,4	168,2

Fonte: Portal BI Gestor Municipal – Parâmetros Assistenciais da Atenção Hospitalar- Estimativa Portaria de Consolidação N° 01/2017 – Última atualização em 18.08.2020.

*Leitos da competência 05/2020 ** Parâmetros calculados com base na Estimativa populacional SPGG 2020 e SINASC de 2018

LEITOS UTI PEDIÁTRICA						
Macrorregião de Saúde	Capacidade Instalada Total	Capacidade Instalada (Leitos SUS)	Necessidade Estimada			
			Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3	Cenário 4
Total	251	178	38,5	43,6	255,7	289,8
Centro-Oeste	15	6	3,8	4,3	25,1	28,4
Metropolitana	136	96	16,9	19,1	112,2	127,2
Missioneira	10	10	3,2	3,6	21,4	24,2
Norte	23	19	4,6	5,2	30,5	34,6
Serra	29	16	3,1	3,5	20,4	23,1
Sul	30	24	3,8	4,4	25,6	29,0
Vales	8	7	3,1	3,5	20,6	23,3

Fonte: Portal BI Gestor Municipal – Parâmetros Assistenciais da Atenção Hospitalar- Estimativa Portaria de Consolidação N° 01/2017 – Última atualização em 18.08.2020.

*Leitos da competência 05/2020 ** Parâmetros calculados com base na Estimativa populacional SPGG 2020 e SINASC de 2018

ACESSO AOS DADOS:

- Acesso ao BI -> Painéis Gerenciais -> Parâmetros Assistenciais SUS (disponível em: <https://ti.saude.rs.gov.br/qlikview/PortalBI/index.php#tdDescritivo>).
- Para apresentação dos dados no Painel foi utilizada a mesma estrutura da Portaria Ministerial (Seções, Quadros e Parâmetros).
- Para Análise completa da necessidade de leitos, sugere-se selecionar a 4ª aba - Atenção Hospitalar. Selecionar, na esquerda, a Seção VI e as Medidas "Parâmetros" e "Valor Realizado". Selecionar quadros específicos para determinados tipos de leitos e cenários.
- A tabela permite visualização por município, região de saúde, Coordenadoria Regional de Saúde, macrorregião de saúde e Unidade Federativa.

Elaborada em 01/09/2020

Marly Moraes Lima

Coordenadora Estadual das Urgências e Emergências/DRE

Validada pela Direção do DRE:

Laura Sarti de Oliveira

Diretora Substituta do Departamento de Regulação Estadual/SES/RS

Eduardo de Albuquerque Nunes Elsade

Diretor do Departamento de Regulação Estadual/SES/RS



HOSPITAL
SÃO LUIZ GONZAGA

Rua General Portinho, 1425 – São Luiz Gonzaga – RS - Fone: (055) 3352-4000
Cx. P. 46 - CEP: 97800-000 – site: www.hslg.com.br

Ofício 07/2021

São Luiz Gonzaga, 05 de Janeiro de 2021.

Senhor Coordenador

Na oportunidade em que cumprimentamos cordialmente Vossa Senhoria, vimos por meio deste informar que o Hospital São Luiz Gonzaga tem aprovado junto ao Ministério da Saúde o Projeto Convênio Nº 858591/2017 para reforma e adequação da área física da UTI – Unidade de Tratamento Intensivo com 10 (dez) leitos adultos.

Informamos que se trata de obra em vários setores, tendo início na data de hoje, 05 de janeiro de 2021, com previsão de conclusão no decorrer deste exercício.

Após conclusão da obra o Hospital tem interesse na implantação e habilitação dos leitos de UTIs. Solicitamos a inclusão dos mesmos no Plano de Ação Regional PAR.

No aguardo de um parecer favorável, subscrevemo-nos.

Respeitosamente,

Iria Madalena Diedrich
Interventora

Iria Diedrich
Interventora
Hospital São Luiz Gonzaga

Ilmo. Sr.

Iury Sommer Sabolotsky
Delegado Regional de Saúde
Coordenadoria Regional de Saúde
Santo Ângelo/RS

Ijuí, 20 de janeiro de 2020.

Ofício nº 19/2021

Ilma Sra.

Arita Bergmann

Secretária Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

Porto Alegre/RS

Prezada Secretária,

Considerando Ofício nº 462/2014 enviado a 17 Coordenadoria Regional de Saúde, a Associação Hospital de Caridade Ijuí, sob o CNES nº 2261057, vem respeitosamente, solicitar baixa/atualização dos quantitativos dos leitos de UTI PEDIÁTRICA. No presente momento, possuímos cadastrados 04 leitos de UTI PEDIÁTRICA tipo II inexistentes fisicamente, desta forma, solicitamos a **exclusão de 03 leitos junto ao CNES**, pois conforme Inquérito enviado em anexo, e por determinação do MP, o nosocômio em questão, possui paciente internado na UTI NEO há 16 anos, que neste momento, ocupa 01 leito de UTI PEDIÁTRICA, o que justifica a permanência deste cadastrado junto ao CNES.

Sendo o que se apresentava para o momento, antecipamos agradecimentos.

Atenciosamente,


ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUÍ
ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE IJUÍ
Rui Gustavo Depner Protti
Diretor de Infraestrutura
CPF: 010.825.600-65

Ofício 009/2021 – HSVP

Três de Maio, 21 de Janeiro de 2021.

SR. MARCELO BORGES DE FIGUEIREDO
DELEGADO REGIONAL DE SAÚDE ADJUNTO
14º COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
SANTA ROSA-RS

ASSUNTO: Taxa de ocupação

Em resposta ao ofício nº 04/2021 de 19 de janeiro de 2021, no qual se refere à baixa taxa de ocupação dos leitos de UTI desta Instituição, abaixo segue o percentual de todos os meses ao longo do ano de 2020:

Mês	Taxa de ocupação
Janeiro	87,10
Fevereiro	89,08
Março	92,47
Abril	86,67
Maio	91,40
Junho	90,56
Julho	93,55
Agosto	84,95
Setembro	84,44
Outubro	92,47
Novembro	90
Dezembro	86,02



As taxas de ocupação acima ficam próximas e em alguns meses superiores as taxas tratadas como metas (90%), logo entendemos que para um período de pandemia, onde as cirurgias eletivas, traumas e outras doenças foram minorados tanto em políticas públicas, como em demanda espontânea.

Em relação à ampliação da unidade de terapia intensiva para dez leitos, estamos com projeto de ampliação em vias de ser efetivado, mas habilitamos outros 5 leitos para atendimento exclusivo de pacientes com Covid.

Atenciosamente,

IGOR PRESTES

DIRETOR HOSPITALAR

29/01/2024
Assisino Lourenço dos Santos
Coordenador Regional da Saúde
ID: 4.00861.024
14ª CR - Santa Rosa - RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
12ª Coordenadoria Regional de Saúde - Santo Ângelo – Av. Brasil, 622 – CEP
98.801.590

DELIBERAÇÃO Nº 01/2021 – CIR - 12ª CRS

A Comissão Intergestores Regional – CIR da região 11, Sete Povos das Missões, pertencente a 12ª Coordenadoria Regional de Saúde, no uso de suas atribuições legais e considerando:

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, bem como a Lei 141 de 13 de janeiro de 2012, que regulamentam a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e;

Regimento Interno desta Comissão Intergestores Regional – CIR, aprovado através da resolução nº 295/2016, publicada no Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul,, no dia 08 de setembro de 2016 e;

Parecer favorável da SETEC R11, que considerou todas as demandas apresentadas, com aptas a serem deliberadas.

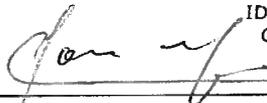
DELIBERA:

Art. 1º: Pactuar: as retificações do Plano de Ação Regional de Urgência e Emergência da Região Macro Missioneira, sugeridas no parecer técnico nº 575/2020 CGURS/DAHA/SAES/MS, retificações anexas a esta deliberação.

Art. 2º: Esta deliberação será encaminhada, conforme estabelecido na Resolução CIB/RS nº 174/2016.

Santo Ângelo, 07 de janeiro de 2021.

Iury Sommer Zabolotsky
ID 4444671/01 CPF 544767470-00
Coordenador Regional de Saúde
12ª CRS - SANTO ÂNGELO


Iury Sommer Zabolotsky
Presidente - CIR da 12ª CRS



Tecnologia a favor da sua vida!

PROGRAMA DE DESOSPITALIZAÇÃO PARA PACIENTES INTERNADOS NO HCI

2019

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
OBJETIVOS.....	3
METODOLOGIA	3
MONITORIZAÇÃO DE INDICADORES.....	9
REFERÊNCIAS	9
APÊNDICES	10

INTRODUÇÃO

A situação atual de saúde no Brasil e no mundo está caracterizada pela prevalência de doenças crônicas em relação às agudas, resultante da transição epidemiológica e demográfica que vem ocorrendo de forma acelerada especialmente em nosso país. Dessa forma, vários pacientes crônicos têm demandado mais necessariamente o suporte hospitalar para sua assistência.

Neste contexto a Associação Hospital de Caridade Ijuí propõe a implantação do “Programa de Desospitalização para Pacientes Internados no HCl”, em duas modalidades:

- Modalidade I: Transferência do paciente para hospitais de pequeno e médio porte da 17ªCRS para continuidade e término do tratamento;
- Modalidade II: Transferência do paciente para as Equipes de Saúde da Família da 17ªCRS para continuidade e término do tratamento.

OBJETIVOS

- Reduzir o período de permanência de usuários internados;
- Aumentar a disponibilidade de leitos para novas internações;
- Reduzir as re-infecções e re-internações;
- Otimizar os recursos financeiros e estruturais dos hospitais de pequeno e médio porte e da Rede de Atenção Básica dos municípios da 17ª CRS;
- Propiciar a participação ativa e colaborativa da família e do cuidador no plano terapêutico do paciente.

METODOLOGIA

O planejamento da alta deve ter início no momento da admissão hospitalar, tendo como objetivo dar continuidade ao cuidado recebido pelo paciente no hospital, trazendo benefícios para pacientes, profissionais e instituição.

A operacionalização do programa será por meio da equipe de desospitalização, específica para visitação hospitalar para a pré-alta/transferência composta pelos seguintes profissionais: por: médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico e assistente social.

1) Critérios de Inclusão dos Pacientes no Programa de Desospitalização

Subdividem-se em três parâmetros: clínicos, administrativos e assistenciais, que somados e avaliados, definem se o paciente tem o perfil para ser admitido no Programa de Desospitalização.

a) Critérios Clínicos:

- Estar com a condição clínica comprometida, porém estável, com diagnóstico firmado ou hipótese diagnóstica e tratamento estabelecido/programado pelo médico assistente;
- Ser portador de doença crônica com comorbidades e com grau de incapacidade funcional e dependência para as Atividades de Vida Diária, estabelecido pela Escala de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola.

b) Critérios Administrativos:

- Residir em município ou próximo que tenha hospital de pequeno ou médio porte, na área de abrangência da 17ª CRS;
- Ter consentimento formal do paciente ou de familiares/cuidador por meio da assinatura do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade padronizado;
- Concordância e encaminhamento de médico assistente, com relatório minucioso, contendo dados relevantes para avaliação do quadro clínico do paciente.
- Realização de visita pré – admissional pela Equipe de Desospitalização;
- Tempo máximo para a desospitalização (considera-se o tempo exigido para se montar a estrutura hospitalar necessária para receber o paciente); 07 dias;
- Não há restrição quanto à idade do paciente.

c) Critérios Assistenciais:

O hospital que irá receber o paciente do HCI deverá:

- Possuir estrutura física adequada, equipamentos, materiais e medicamentos necessários para a continuidade do tratamento;
- Disponibilizar um médico que se responsabilize pela internação do paciente na instituição hospitalar.

2) Critérios de Exclusão dos Pacientes

Será inelegível para a transferência para outro hospital para a Atenção Básica o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações:

- Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;
- Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência;
- Necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva.

3) Atribuições dos Profissionais da Equipe de Desospitalização:

PROFISSIONAL	AÇÃO/ATRIBUIÇÃO
Médico Assistente + Enfermeiro da Unidade de Internação	<ul style="list-style-type: none">• Identificam o paciente hospitalizado em enfermaria que está clinicamente estável e que tem condições de ter alta programada dentro de aproximadamente 07 dias;• Avaliam se esse paciente necessita de continuidade de tratamento em outro hospital;• Verificam com a Escriturária o município de residência do paciente e a existência de hospitais no local ou nas proximidades;• O médico entra em contato com o diretor técnico do hospital do município para a transferência do paciente e informações do quadro clínico;• Se o diretor técnico aceitar a transferência, o médico assistente e o enfermeiro da Unidade de Internação preenchem o “Formulário de Avaliação de Desospitalização” (FAD) todos os campos, imprimem e assinam;• O FAD está disponível no Soul MV no PEP no item Documentos de Prontuário, Desospitalização Médico e Desospitalização Enfermeiro.
Enfermeiro da Unidade de Internação	<ul style="list-style-type: none">• Encaminha via e-mail os documentos FAD's (Formulários de Avaliação de Desospitalização do médico e do enfermeiro) e a devolutiva (DFAD) digitalizados via e-mail para o Hospital de transferência do paciente aos cuidados do enfermeiro responsável.
Hospital do Município do Paciente	<ul style="list-style-type: none">• Recebe o FAD e classifica o paciente conforme a complexidade do paciente e dos cuidados ;• Observa se o paciente possui algum critério de inelegibilidade;• Preenche o formulário de Devolutiva do FAD (DFAD) e reencaminha por e-mail para o HCl;

	<ul style="list-style-type: none"> • Reserva um leito hospitalar para o recebimento do paciente; • Aguarda e monitora a alta do paciente via e-mail ou telefone.
Enfermeiro da Unidade de Internação	<ul style="list-style-type: none"> • Recebe a DFAD via e-mail imprime e anexa ao prontuário do paciente preenchido; • Informa ao médico assistente, bem como à equipe de desospitalização que o processo de alta/transferência pode ser concluído; • Faz o <i>CheckList</i> dos procedimentos solicitados na DFAD para efetivação da alta do paciente como: • Troca de sondas (SVD; SNG, SNE, etc); • Em caso de paciente com traqueostomia plástica, troca por cânula metálica, caso ainda não esteja com ela; • Troca de todos os curativos e orientação sobre o tipo de cobertura em uso; • Solicita ao médico assistente a prescrição médica a ser seguido no hospital de transferência; • Solicita ao nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico e assistente social para as orientações ao paciente com previsão de alta/transferência; • Solicita à Escriturária das cópias de resultados recentes de Hemograma completo, cultura, exames de imagem e outros se necessários devem ser anexados ao Relatório de Alta; • Preenche o Relatório de alta hospitalar de enfermagem; • Coleta assinatura do familiar no Termo De Esclarecimento E Responsabilidade – TER.
Nutricionista	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelece o diagnóstico nutricional do paciente; • Educa o paciente e o familiar com relação aos cuidados nutricionais; • Orientar a dieta para a alta/transferência hospitalar; • Elaborar relatórios específicos, se necessário, enquanto partícipes do plano terapêutico do paciente; • Preencher o relatório de alta hospitalar.
Fisioterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os problemas ou dificuldades quanto à mobilidade, acessibilidade e realização de atividades de autocuidados; • Orientar, quando necessário, aos pacientes e/ou acompanhantes quanto às modificações na residência, para facilitar o acesso, cuidados posturais e uso de adaptações para realizar atividades de alimentação, higiene e vestuário; • Orientar quanto aos cuidados para prevenção de quedas; alternância de decúbito; • Orientar quanto à órtese, quando prescrita; • Elaborar relatório específico, se necessário, enquanto partícipe do

	plano terapêutico do paciente; <ul style="list-style-type: none"> • Preencher o relatório de alta hospitalar.
Farmacêutico	<ul style="list-style-type: none"> • Orientações sobre o plano terapêutico medicamentoso subsequente.
Assistente Social	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza contato com a família, para abordagem social e verificação de transporte para a transferência hospitalar; • Confirma o transporte para a transferência hospitalar.
Médico Assistente	<ul style="list-style-type: none"> • Preenche o relatório médico de contra referência para transferência do paciente com a prescrição médica a ser seguida no outro Hospital para continuidade e término do tratamento; • Dar alta transferência ao paciente no Sistema Soul Mv.
Hospital do Município do Paciente	Recebe a informação de alta do paciente, admite o paciente e providencia estrutura para acompanhamento e continuidade do plano terapêutico do paciente.

1.Planejamento para a alta hospitalar:

DIA ANTERIOR DA ALTA/TRANSFERÊNCIA

EQUIPE DE DESOSPITALIZAÇÃO:

- Planejar a etapa final do processo de alta/transferência com a participação da equipe multiprofissional, paciente e familiar;
- Acompanhar as previsões de alta segundo a programação do médico assistente no sistema informatizado;
- Programar a alta hospitalar com o médico e com a equipe de enfermagem, paciente, familiar e equipe multiprofissional até às 09 horas do dia seguinte;
- Cada profissional preenche o CheckList do formulário de pré-alta e deixa no prontuário; as quais contemplam as orientações para a continuidade do tratamento e as orientações ao paciente, familiar e/ou cuidador (por escrito S/N).

EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE

- Acordar com o paciente, familiar ou cuidadora programação para o dia seguinte;
- Previsão do horário da alta;
- Antecipação do horário de desjejum;

- Sinalizar no mapa de dieta as prováveis altas;
- Solicitar a antecipação para o café da manhã para as 7h ou 7h30min;
- Programar sequência de procedimentos para o dia seguinte em conjunto com o paciente: exames, jejum, terapias, banho e curativos;
- Verificar junto com o paciente, familiar ou cuidador a locomoção para casa, quem virá buscá-lo? Agendamento de ambulância (contato com o Serviço Social);
- Iniciar a orientação dos medicamentos para a continuidade do tratamento (conforme prescrição médica) e reconciliação medicamentosa para a alta;
- Solicitar a organização dos pertences para a alta no dia seguinte.

ESCRITURÁRIA DA UNIDADE:

- Atualizar diariamente a previsão da alta hospitalar no sistema;
- Conferência e organização dos exames;
- Realizar as cópias solicitadas dos impressos necessários para a transferência hospitalar;
- Checagem do preenchimento/assinatura dos impressos do prontuário.

2.Planejamento no DIA DA ALTA/TRANSFERÊNCIA

MÉDICO ASSISTENTE:

- Avaliação médica para a alta hospitalar, até às 9 horas da manhã;
- Reconciliação medicamentosa na alta hospitalar.

EQUIPE DE DESOSPITALIZAÇÃO:

- Priorizar o atendimento/esclarecimento dos pacientes em programação de alta /transferência.

EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE:

- Priorizar o atendimento dos pacientes com alta hospitalar (primeiros banhos e curativos);
- Antecipação dos medicamentos e procedimentos conforme programação;
- Agilizar/intermediar a liberação de laudos e resultados determinantes para a alta.

ESCRITURÁRIA:

- Preparar os exames e relatórios para a alta.

MONITORIZAÇÃO DE INDICADORES

Os Indicadores propostos para avaliação do fluxo de desospitalização são:

- Taxa de desospitalização: nº de desospitalizados por mês/local pelo nº de altas efetivas;
- Taxa de tempo de desospitalização: tempo de solicitação de alta por mês/local pelas nº de altas efetivas;
- Taxa de efetivação de desospitalização: nº de desospitalizados por mês/local pelos pacientes que foram efetivamente assumidos pelos hospitais ou pela Atenção Básica;
- Taxa de re-hospitalização: nº de pacientes que foram desospitalizados por mês/local pelo nº de pacientes que necessitaram de re-hospitalização;
- Taxa de estabilização/melhora clínica de pacientes desospitalizados: nº de pacientes que foram desospitalizados que estabilizaram ou melhoraram clinicamente em outro hospital ou no domicílio.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 825 de 25 de abril de 2016.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

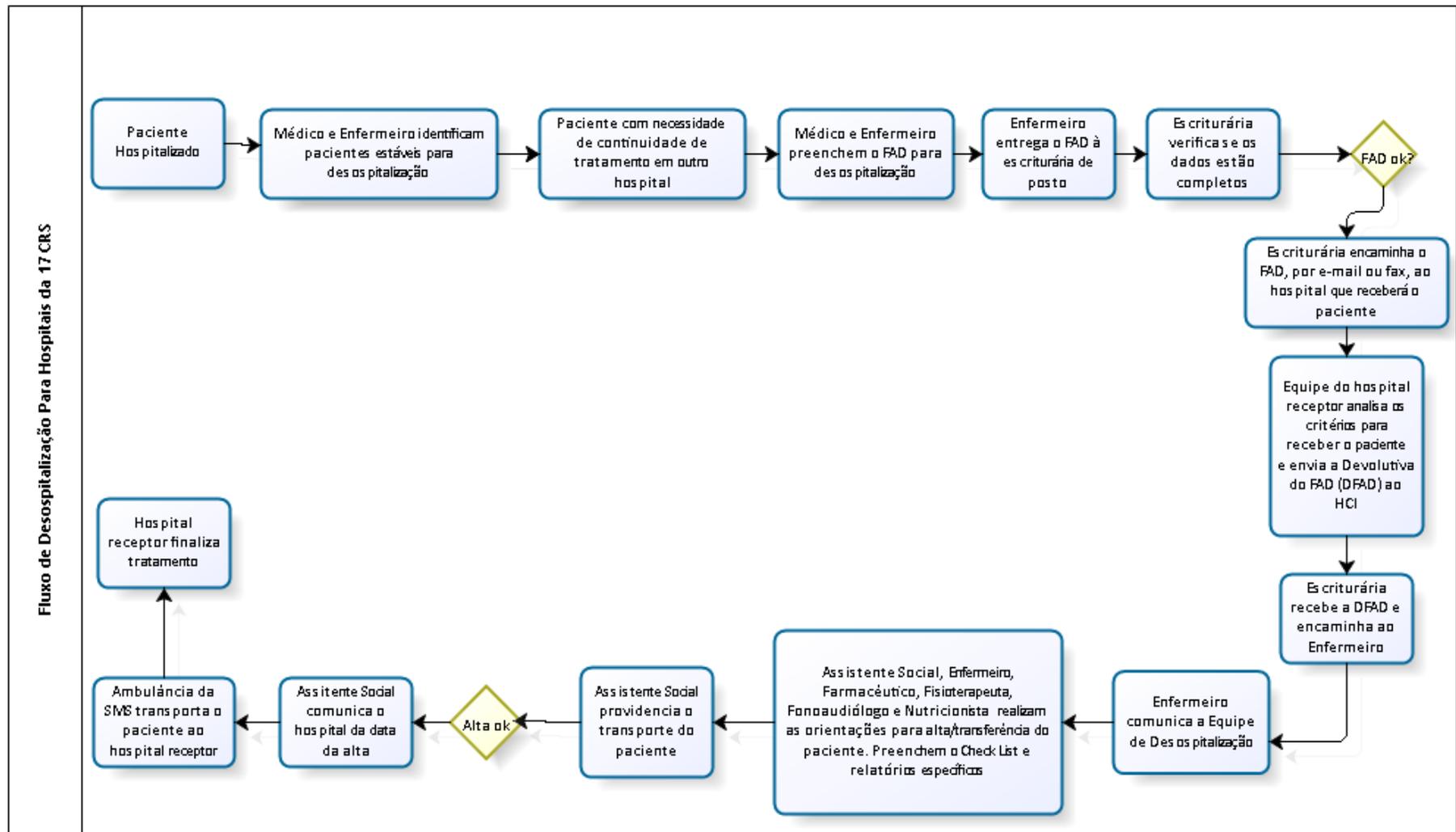
APÊNDICES

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DESOSPITALIZAÇÃO			
Nome do Paciente:		Sexo:	
Data de Nascimento:		Nº Atendimento:	
Nome do Responsável:		Telefone:	
Endereço do Paciente:		Município:	
Hospital Para Transferência:			
Médico Assistente:		CRM:	
Enfermeiro:		COREN:	
DADOS DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR ATUAL – VÁLIDO POR 07 DIAS			
AVALIAÇÃO MÉDICA			
Data de Admissão:		Paciente Oncológico Paliativo: () Sim () Não	
Motivo da Internação/História Clínica:			
Diagnóstico Principal:		CID:	
Diagnósticos Secundários:			
Intercorrências Durante a Internação:			
Alergia: () Sim () Não Qual:		Febre nas Últimas 48 horas: () Sim () Não	
Esteve Internado em UTI: () Sim () Não	Esteve em Isolamento: () Sim () Não		Se Sim, Qual Patógeno:
Medicamentos Para Continuidade do Tratamento: () Sim () Não	Quais:		Vias de Administração:
Em Uso de Antibioticoterapia: () Sim () Não Início: __/__/__	Quais:	Frequência:	Dosagem/Via:
Necessidade de Suporte Ventilatório	() Não () O ² Dependente Fluxo Prescrito:		
Necessidade de Monitorização Contínua	() Sim () Não		
Necessidade de Acompanhamento	() Nutricionista () Fisioterapeuta Outro: Especialidade Médica: () Não () Sim Qual:		
Exames Realizados	() Raio-X () Tomografia () EDA () Colonoscopia () Broncoscopia () Ultrassonografia () Sorologias Outros:		
Observações Complementares:			
Data:		Assinatura do Médico Assistente/CREMERS:	

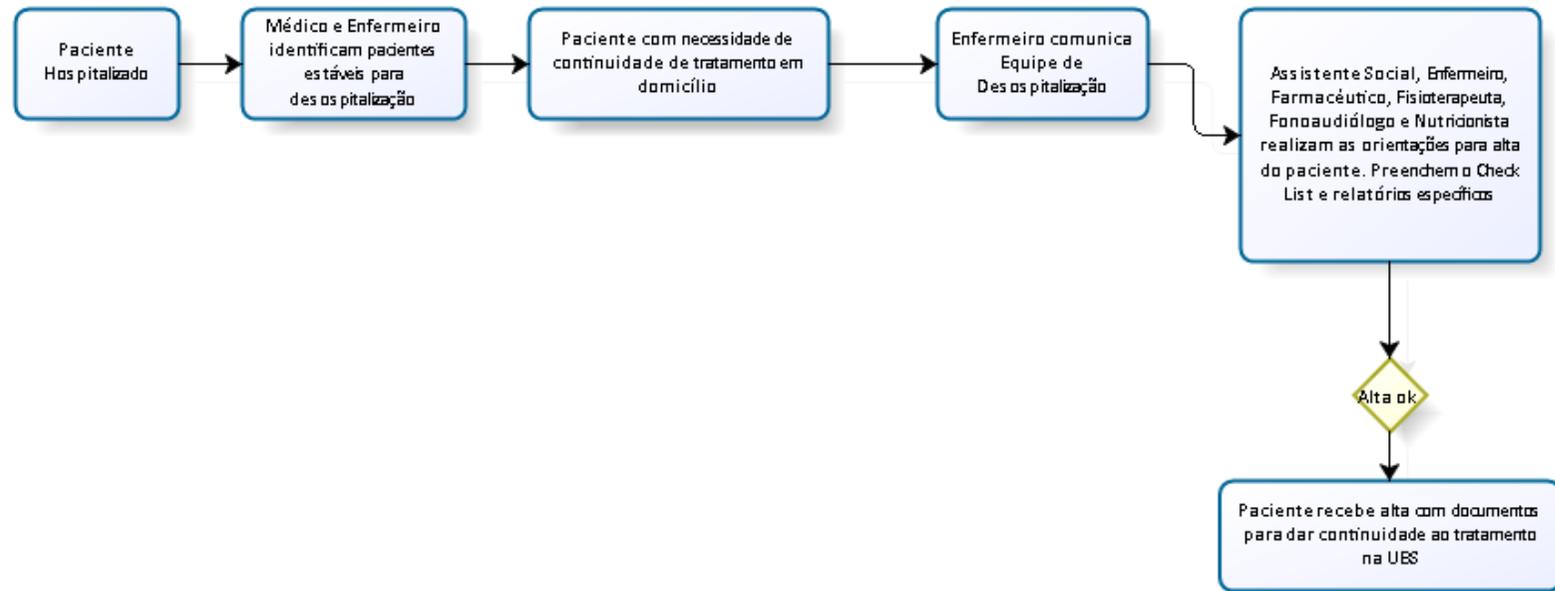
AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO		
Estado Geral: () Bom () Médio () Ruim		
Nível de Consciência: () Consciente () Inconsciente () Desorientado		
Grau de Dependência (Escala da Cruz Vermelha Espanhola)	Grau 0 ()	Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente.
	Grau 1 ()	Realiza suficientemente as Atividades de Vida Diária (AVDs) Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.
	Grau 2 ()	Apresenta algumas dificuldades nas AVDs, necessitando de apoio ocasional com ajuda de bengala ou similar.
	Grau 3 ()	Apresenta graves dificuldades nas AVDs, necessita de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.
	Grau 4 ()	Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVDs. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade. Ajudado por pelo menos duas pessoas.
Grau 5 ()	Imobilizado na cama, necessita de cuidados contínuos.	
Grau de Dependência > 3		Possui Cuidador em Tempo Integral: () Sim () Não
Padrão Respiratório e Circulatório		() Respiração Espontânea () O ² Dependente () Traqueostomia
		Traqueostomia com: () Cânula Metálica () Cânula Plástica
		() Sem Secreção () Secretivo () Hipersecretivo Aspecto:
		() Cateter Periférico () Cateter Venoso Central () Portocath
		() Fístula Arteriovenosa Para Diálise
Padrão Nutricional		Altura: Peso: IMC:
		Perda Ponderal Últimos 6 Meses: () Sim () Não Percentual:
		Tipo de Dieta: () Oral () Enteral () Mista () Parenteral
		Dieta Via: () SNE () SNG () Gastrostomia () Jejunostomia
		Inserida em: __/__/____ Por Endoscopia: () Sim () Não
Eliminação Vesical		() Espontânea () Fralda () Dispositivo Para Incontinência
		() Cateterismo Vesical de Demora Inserido em: __/__/____
		Motivo: () Cistostomia Inserido em: __/__/____ Motivo:
Eliminação Intestinal		() Fisiológica () Fraldas () Colostomia () Ileostomia
Pele		Lesão Por Pressão: () Sim () Não
		Estágio: Local:
		Ferida Neoplásica: () Sim () Não
		Local: Aspecto:
		Outro Tipo de Lesão: () Sim () Não
		Tipo: Local: Aspecto:
Observações Complementares:		
Data:		Assinatura do Enfermeiro/COREN-RS:

DEVOLUTIVA DO FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DESOSPITALIZAÇÃO (DFAD)	
Nome do Paciente:	Sexo:
Data de Nascimento:	Nº Atendimento:
Nome do Responsável:	Telefone:
Endereço do Paciente:	Município:
Hospital Para Transferência:	
Médico Assistente do HCl:	CRM:
Enfermeiro do HCl:	COREN:
Médico Receptor Transferência:	CRM:
Enfermeiro Receptor Transferência:	COREN:
PENDÊNCIAS A SEREM PROVIDENCIADAS PARA EFETIVAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE	
<input type="checkbox"/> Encaminhar relatórios de cuidados paliativos oncológicos	
<input type="checkbox"/> Encaminhar relatório nutricional	
<input type="checkbox"/> Encaminhar relatório médico	
<input type="checkbox"/> Encaminhar relatório de enfermagem	
<input type="checkbox"/> Encaminhar relatórios do serviço social	
<input type="checkbox"/> Encaminhar relatório da fisioterapia	
<input type="checkbox"/> Encaminhar relatório do farmacêutico	
<input type="checkbox"/> Outros documentos:	
Observações Complementares:	
COMUNICAR ALTA DO PACIENTE	
Data de Recebimento do FAD: __/__/____	Data de Envio do DFAD: __/__/____
Assinatura do Enfermeiro/COREN-RS:	

Paciente:		Leito:					
FARMACÊUTICO							
Orientações sobre Plano Terapêutico Medicamentoso	Sim		Não		Data		
Observação:							
FISIOTERAPÊUTA							
Acamado	Sim		Não		Data		
Semi-Acamado	Sim		Não		Data		
Independente	Sim		Não		Data		
Avaliação da Função Respiratória	Sim		Não		Data		
Aspiração Traqueal	Sim		Não		Data		
Posicionamento, Retirada do Leito e Alternância de Decúbito	Sim		Não		Data		
Prevenção de Quedas	Sim		Não		Data		
Importância da Realização da Fisioterapia	Sim		Não		Data		
Uso de Órtese	Sim		Não		Data		
Uso de Dispositivos de Locomoção	Sim		Não		Data		
Encaminhamento para UNIR	Sim		Não		Data		
Observação:							
NUTRICIONISTA							
Entregue Plano Alimentar e Orientações	Sim		Não		Data		
Entregue Receituário	Sim		Não		Data		
Entregue Encaminhamento à Nutricionista da SMS	Sim		Não		Data		
Entregue Referência e Contra Referência	Sim		Não		Data		
Observação:							
ENFERMEIRO							
Curativos	Sim		Não		Data		
Cuidados com Higiene e Conforto	Sim		Não		Data		
Cuidados com Sondas (SNG, SNE, Gastrostomia, SVD)	Sim		Não		Data		
Posicionamento, Gotejo para Administração da Dieta	Sim		Não		Data		
Orientação do Uso de Medicação por Sonda	Sim		Não		Data		
Entregue Guia Alimentar	Sim		Não		Data		
Cuidados Traqueostomia	Sim		Não		Data		
Cuidados Colostomia	Sim		Não		Data		
Observação:							
ASSISTENTE SOCIAL							
Avaliação Social / Benefícios	Sim		Não		Data		
Orientação aos Familiares para Encaminhamento (O2 Domiciliar, Fraldas)	Sim		Não		Data		
Solicitação de Transporte (Alta e Transferência)	Sim		Não		Data		
Observação:							



Fluxo de Desospitalização Para Municípios da 17 CRS



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

O Sr.(a). _____

residente _____ nº _____

CPF nº _____, RG nº _____, está sendo admitido no PROGRAMA DE DESOSPITALIZAÇÃO DO HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUÍ em _____

Este serviço destina-se a ser prestado àqueles pacientes que preencham os critérios de inclusão estabelecidos no Programa de Desospitalização, dentre os quais:

- Morar em município que tenha hospital ou próximo;
- Morar em área de cobertura e estar cadastrado no Programa de Saúde da Família;
- Corresponsabilidade da família e do paciente nos cuidados e cumprimento do plano terapêutico estabelecido e seguir as orientações da Equipe de Saúde;
- Ser portador de doença crônica com comorbidades e com grau de incapacidade funcional e dependência para as Atividades de Vida Diária, estabelecido pela Escala de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola;
- Compromisso de comunicar alterações do estado de saúde do paciente à Unidade de Saúde do município de origem seja por motivo de piora do quadro clínico ou necessidade de reinternação hospitalar;
- Existência de cuidador e de infraestrutura domiciliar que permita a prestação de atenção domiciliar.

Eu, _____ (parentesco/responsável)

RG _____, estou ciente e concordo com as normas deste Termo, responsabilizando-me como cuidador(a) do(a) paciente _____.

Ijuí, _____, de _____ de _____

Assinatura do Cuidador(a)/responsável

Nome – Assinatura do responsável

_____/_____/_____
Data