



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



DIRETRIZES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

- *Gestão do Processo de Internação* -

HUSM - UFSM

Abril/2022

Superintendente

Dr. Humberto Moreira Palma

Gerente Administrativo

Assist. Adm. João Batista de Vasconcellos

Gerente de Ensino e Pesquisa

Dr.^a Beatriz Silvana Silveira Porto

Gerente de Atenção à Saúde

Enf.^a Soeli Teresinha Guerra

Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Líder do Núcleo Operativo do Projeto “Desenvolvimento e Implantação de Ferramentas de Gestão da Oferta”

Dr. Itamar dos Santos Riesgo

Setor de Contratualização e Regulação

Assist. Adm. Josete Maria Stefanello Baratto

Unidade de Regulação Assistencial

Assist. Adm. Gustavo Benetti

Unidade de Contratualização

Enf^o Helder Ferreira de Souza

Núcleo Interno de Regulação

Carla Simone Palmeira Marques



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

Portaria nº 108, de 07 de junho de 2017

A SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA da Universidade Federal de Santa Maria, filial da Ebserh, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria nº 30, de 03 de fevereiro de 2014, expedida pelo Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, publicada no Diário Oficial da União, em 04 de fevereiro de 2014,

RESOLVE:

Art. 1º Designar os colaboradores abaixo relacionados para comporem o Núcleo Operativo do Projeto de “**Desenvolvimento e Implantação de Ferramentas de Gestão da Oferta**”, que tratará do projeto de “**Expansão do Modelo de Gestão da Oferta**” no âmbito do Hospital Universitário de Santa Maria

Professor Itamar dos Santos Riesgo – SIAPE 379553
Professora Elaine Verena Resener – SIAPE 6382030
Professora Themis Maria Kessler – SIAPE 336935
Enfermeira Soeli Teresinha Guerra – SIAPE 1093119
Assist. Administrativo Josete Maria Stefanello Baratto – SIAPE 379158
Téc. Mecânica Emerson Alexandre Mortari – SIAPE 1090391
Assist. Administrativo Gustavo Benetti – SIAPE 1844721
Assist. Administrativo Mareli Lorenzoni – SIAPE 379677
Enfermeira Naura Silvia Machado Coutinho – SIAPE 378572
Enfermeira Rosangela Marques Machado – SIAPE 1584624
Físico Guilherme Lopes Weis – SIAPE 1139885
Médico Dener Tambara Girardon – SIAPE 1753433
Assistente Social André dos Santos Almeida – SIAPE 2175847
Enfermeiro Helder Ferreira de Souza – SIAPE 2203742
Médico Humberto Moreira Palma – SIAPE 1565651
Assist. Administrativa Fabiana Elisabete de Moura – SIAPE 2159752
Assist. Administrativa Fabiana Baptista Goulart – SIAPE 2347343

Art. 2º - Compete ao Núcleo Operativo: realizar a gestão das atividades planejadas, viabilizar a execução das operações definidas, executar as atividades programadas nos prazos acordados e disseminar o projeto no Hospital.

Art. 3º- Revogar a Portaria nº 077/2016 – Superint./HUSM, de 04 de julho 2016.

ELAINE VERENA RESENER



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA MARIA

Avenida Roraima 1000, Prédio 22 - Bairro Camobi
Santa Maria-RS, CEP 97105-900
- <http://husm-ufsm.ebserh.gov.br>

Portaria-SEI nº 47 - Núcleo Interno de Regulação - NIR, de 03 de março de 2022

O SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, da Universidade Federal de Santa Maria, filial da Ebserh, **HUMBERTO MOREIRA PALMA** no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria nº 176, de 21 de dezembro de 2021, expedida pelo Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEERH, publicada no Diário Oficial da União, em 22 de dezembro de 2021,

Considerando a portaria GM/MS nº 3390/2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS),

RESOLVE:

Art. 1º Designar os colaboradores abaixo relacionados para comporem o **Núcleo Interno de Regulação (NIR)** do Hospital Universitário de Santa Maria, sob a Presidência do primeiro, conforme solicitado no processo SEI nº 23541.047985/2019-33

Carla Simone Palmeira Marques - SIAPE 21***50

Helder Ferreira de Souza - SIAPE 21**33

Josete Maria Stefanello Baratto - SIAPE 37**58

Karine Winterhalter - SIAPE 30**201

Maíra Maria de Alencar Oliveira - SIAPE 21***70

Thiana Seben Pasa - SIAPE 11***67

Márcia Beatriz Marzari - SIAPE 10***31

João Edilberto Bisogne Lemos - SIAPE 21***28

Luisa Caroline Bressler Aisenberger - SIAPE 24***38

Mário Brasil Nascimento - SIAPE 21***51

Mateus Cláudio Zinhaní - SIAPE 21***98

Rogério de Aguiar Soares - SIAPE 21***72

Vlamir Vianna Cornélio - SIAPE 21***98

Adriane Fleig - SIAPE 31**502

Guilherme Lopes Weis - SIAPE 20***38

Grasiele Gallina Seeger - SIAPE 19***11

Mariana Wadi Tierling - SIAPE 19***65

Gustavo Benetti - SIAPE 18***21

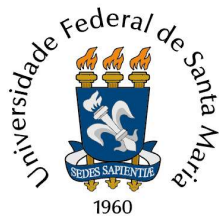
Art. 2º Revogar a portaria SEI nº 106 de 21 de maio de 2021.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.



Sumário

1. APRESENTAÇÃO	8
2. INTRODUÇÃO	9
3. OBJETIVOS	10
3.1. OBJETIVO GERAL	10
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
4. ALCANCE DA DIRETRIZ	11
5. ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO	11
6. COMPETÊNCIAS DA UNIDADE DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL	11
7. RESPONSABILIDADES	13
7.1 EQUIPE DE GOVERNANÇA DO HOSPITAL	13
7.2 SERVIÇOS CLÍNICOS	13
7.3 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR	13
8. DEFINIÇÕES E CONCEITOS	15
9. NOMENCLATURAS DE LEITOS (Manual SPA/CRACH/DAS nº 1/2017) .	16
9.1 LEITO DE INTERNAÇÃO	17
9.1.1 <i>Leito Clínico</i>	17
9.1.2 <i>Leito Cirúrgico</i>	18
9.1.3 <i>Leito Obstétrico</i>	18
9.1.4 <i>Leito Pediátrico</i>	19
9.2 LEITOS COMPLEMENTARES DE INTERNAÇÃO	19
9.2.1 <i>Leito de Isolamento</i>	20
9.2.2 <i>Leito de Isolamento Reverso</i>	20
9.2.3 <i>Leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)</i>	20
9.2.4 <i>Leito de Unidade de Cuidado Intermediário (UCI)</i>	22
9.3 LEITO HOSPITAL DIA	22
9.4 LEITO HOSPITALAR DE OBSERVAÇÃO	23
9.4.1 <i>Leito de Recuperação Pós-Anestésica (RPA)</i>	23
9.4.2 <i>Leito de Apoio para Procedimentos Diagnósticos e/ou Terapêuticos</i>	23
9.4.3 <i>Leito de Urgência e Emergência</i>	23



9.4.4	Leito de Pré-Parto.....	23
10.	CLASSIFICAÇÃO DO LEITO DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES DE USO	24
10.1	LEITO DE INTERNAÇÃO ATIVO (OPERACIONAL)	24
10.2	LEITO BLOQUEADO	24
10.3	LEITO EXTRA PARA INTERNAÇÃO	24
10.4	LEITOS DESATIVADOS	24
10.5	LEITOS INATIVOS	25
10.6	LEITO EM ATENÇÃO DOMICILIAR	25
10.7	LEITOS PLANEJADOS.....	25
11.	CENSO HOSPITALAR	25
11.1	AÇÕES PREPARATÓRIAS	26
11.2	REALIZAÇÃO DO CENSO.....	26
12.	INDICADORES HOSPITALARES	27
12.1	TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR (TxO)	27
12.2	MÉDIA DE PERMANÊNCIA (MP)	28
13.	PROCESSO DA INTERNAÇÃO	28
13.1	RECEPÇÃO DO PACIENTE QUE INTERNA.....	28
13.2	RECEPÇÃO DO PACIENTE QUE INTERNA ORIUNDO DE OUTRO CENTRO OU HOSPITAL	29
13.3	DIREITOS DOS PACIENTES INTERNADOS	30
13.4	DEVERES DOS PACIENTES INTERNADOS	30
13.5	LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	31
13.6	ATENDIMENTO NA INTERNAÇÃO.....	31
13.7	ALTA DO PACIENTE	32
13.7.1	Registro do Processo de Alta	32
13.7.2	Documentos Necessários para a Alta Hospitalar.....	33
13.7.3	Tipos de altas.....	34
13.7.4	Visitantes	34
13.7.5	Acompanhantes	36
14.	GESTÃO DE LEITOS	38



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



14.1 ASPECTOS GERAIS DA GESTÃO DE LEITOS (Sistema AGHUX)...	38
14.1.1 <i>Vantagens do uso do Módulo Internação no sistema AGHU</i>	39
14.2 MECANISMOS DE GESTÃO DE LEITOS	39
14.3 CRITÉRIOS GERAIS DE ATRIBUIÇÃO DE LEITOS.....	40
14.4 DESCRIÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO	42
14.4.1 <i>Gestão do Fluxo dos Pacientes com Destinação para Leitos em Enfermarias:</i>	42
FLUXO DE PACIENTES COM DESTINAÇÃO PARA LEITOS EM ENFERMARIAS	45
FLUXO DE PACIENTES COM INDICAÇÃO E SOLICITAÇÃO DE LEITOS PARA CUIDADOS INTENSIVOS (ORIUNDOS DO PS, RPA OU ENFERMARIAS).....	46
POP - INTERNAR PACIENTE COM INDICAÇÃO DE CUIDADO INTENSIVO (ORIUNDOS DO PS, RPA OU ENFERMARIAS)	47
POP - TRANSFERIR PACIENTE COM INDICAÇÃO DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO PARA LEITOS DE ENFERMARIA.....	49
REFERÊNCIAS.....	52
ANEXOS	54
Anexo 01: Classificação de Leitos segundo a Tipologia	55



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



1. APRESENTAÇÃO

A Regulação Assistencial é considerada um conjunto de tecnologias de cuidado, que se traduzem em práticas de transição do cuidado, coordenam o cuidado, visando a qualidade da atenção, a buscas pelo melhor resultado do cuidado em termos do lugar certo, tempo certo e custo certo, para o pleno atendimento das necessidades de saúde de cada cidadão mantendo a sustentabilidade da rede e repercutindo positivamente nas condições de saúde da população.

Com a finalidade de sistematizar as principais atividades e tarefas desenvolvidas pelos serviços que envolvem a regulação, foi desenvolvida as Diretrizes de Regulação Assistencial, Gestão do Processo de Internação.

O Serviço de Regulação Assistencial da Internação do Hospital é parte integrante da estrutura técnico administrativa, atuando no desenvolvimento de ações junto aos serviços assistenciais, possibilitando o acompanhamento e monitoramento dos resultados relativos ao atendimento do usuário. Este serviço possui os seguintes objetivos: Gerenciar o fluxo de pacientes e a oferta do atendimento multiprofissional desenvolvido nas internações; possibilitar e estimular as atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico; apoiar e possibilitar o desenvolvimento de projetos pedagógicos dos cursos com atuação e campo de ensino no HUSM, atendendo às necessidades acadêmicas.

Na elaboração da diretriz foi utilizado como base o modelo padrão adotado pela Governança do Hospital no projeto “Gestão da Oferta” no qual foram relacionadas as principais atividades e tarefas que são continuamente empreendidas pelos vários serviços, obtendo-se, portanto, a descrição e o sequenciamento dos procedimentos mais comuns.

A diretriz é um documento que deverá ser usado como uma ferramenta de trabalho fundamentada em critérios de gestão uniformes no âmbito do Hospital Universitário de Santa Maria e é construída na perspectiva compartilhar as experiências e as evidências de outros hospitais da rede Ebserh.



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



Este Modelo aborda o conjunto de atividades sequenciais implicadas na gestão do processo de internação, além de definir uma terminologia homogênea e identificar os responsáveis pela realização destas atividades no HUSM. A Rede de Atenção à Saúde deve ser inserida neste contexto, como ordenadora do cuidado e responsável por completar o ciclo da regulação assistencial formalizado por intermédio das metas contratualizadas junto ao Gestor SUS, sendo acionada através de centrais de regulação.

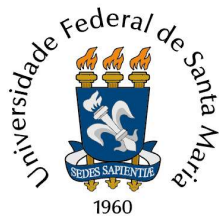
A padronização visa atualizar os procedimentos existentes de forma contínua ajusta-se a um modelo de regulação assistencial e tendo como princípios norteadores os do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta padronização oferece a condição indispensável a um contínuo aperfeiçoamento das atividades, correções e ajustes necessários ao fluxo das ações desenvolvidas na Instituição.

Os Princípios Básicos que legitima o Sistema Único de Saúde da Universalidade, Integralidade Equidade. Os Princípios Organizativos do SUS explicita sobre a regionalização e hierarquização, onde os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida, corroborando onde o Husm se insere como hospital de referência em alta e média complexidade voltado para assistência, ensino pesquisa e extensão.

2. INTRODUÇÃO

De acordo com o mapa Estratégico da Rede Ebserh é possível observar que os objetivos estratégicos da Empresa indicam a direção em que a organização deve seguir como subsídio ao alcance da visão de futuro a partir de cinco perspectivas, que são os pilares da estratégia: sociedade; sustentabilidade; governança; processos e tecnologia; pessoas.

Para padronizar os processos de regulação assistencial, foram desenvolvidos fluxos nos diferentes serviços que realizam as atividades alinhados com o modelo desenvolvido pelo Projeto de Gestão de Oferta.



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

**Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial**



O programa da atual gestão na área da saúde aponta em sua linha de “estruturação e desenvolvimento dos serviços em Rede de Atenção à Saúde”, aumentando a capacidade e a resolutividade da atenção básica e promovendo a prestação de serviços especializados em lugar e tempo adequados.

“Modelo assistencial consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda há modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas, estando sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda”. (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

O conjunto de ações estabelecidas nessa diretriz, com amplas discussões e muitas contribuições, visam fortalecer um processo gradativo de transformação da rede de atenção especializada, ampliando o acesso com qualidade, a integração do sistema, superando a desarticulação e a fragmentação existente e integrando com os outros pontos da RAS.

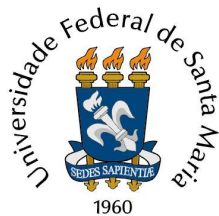
3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

- Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente;

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Cumprir os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade;
- Proporcionar satisfação aos usuários respondendo adequadamente aos problemas clínicos;



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



- Estabelecer critérios homogêneos para uma adequada gestão do processo de regulação assistencial, com transparência, resolutividade, excelência nos serviços, sendo o melhor hospital da rede Ebserh;
- Gerir com competência, agilidade e transparência, garantindo a continuidade das atividades assistenciais no âmbito do cuidado;
- Disseminar as melhores práticas dos processos de trabalho da regulação;

4. ALCANCE DA DIRETRIZ

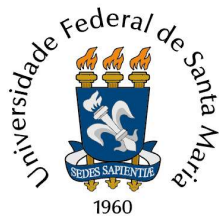
Sendo as Diretrizes de Regulação Assistencial uma ferramenta de apoio para qualificar, inovar e alcançar a excelência na prestação de serviços assistenciais e administrativos, para cumprir os objetivos propostos, deverá nortear as atividades desenvolvidas por todos os profissionais da instituição, nos processos de internação.

5. ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

A Unidade de Regulação Assistencial é composta por uma equipe multiprofissional com dois pontos focais, Serviço de Internação e Núcleo Interno de Regulação (NIR).

6. COMPETÊNCIAS DA UNIDADE DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

- I. identificar a capacidade instalada e ofertada de consultas ambulatoriais e leitos;
- II. orientar a identificação de capacidade instalada e ofertada de cirurgias e exames;
- III. definir critérios, juntamente com a Gerência de Atenção à Saúde e Gerência de Ensino e Pesquisa, para programação de consultas ambulatoriais,



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



internações, cirurgias e exames, considerando a contratualização e a Programação Pactuada e Integrada (PPI);

IV. identificar a necessidade e promover a elaboração de protocolos de regulação intra-hospitalares para consultas, exames, cirurgias eletivas e de urgência;

V. realizar a programação das consultas ambulatoriais, internações e exames;

VI. distribuir consultórios por especialidade;

VII. gerir agenda do ambulatório, da internação, de cirurgias e exames;

VIII. gerir os procedimentos de admissão de pacientes ambulatoriais;

IX. gerir, no âmbito de suas competências, os sistemas informatizados para Regulação Assistencial;

X. gerir a Lista de Espera Cirúrgica e o agendamento de exames e consultas pré-operatórias;

XI. inserir pacientes na programação cirúrgica;

XII. monitorar o absenteísmo de pacientes e a perda primária no acesso aos serviços assistenciais;

XIII. realizar ações de mitigação do absenteísmo e da perda primária nos serviços assistenciais;

XIV. monitorar indicadores referentes à gestão da oferta cirúrgica, das internações e dos exames;

XV. gerir os procedimentos de transferências internas e externas;

XVI. participar da definição de critérios para admissão de pacientes em caráter de urgência, em conjunto com a com a Gerência de Atenção à Saúde;

XVII. gerir solicitações de internação;

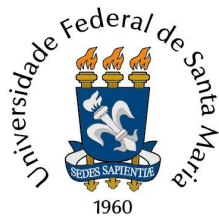
XVIII. executar os procedimentos necessários à admissão de pacientes eletivos na internação;

XIX. realizar o Censo Hospitalar Diário;

XX. gerir as ações de referência e contrarreferência de pacientes, de acordo com as pactuações locais;

XXI. fornecer informações para elaboração dos planos de alta;

XXII. subsidiar a avaliação de pacientes elegíveis para atenção domiciliar.



7. RESPONSABILIDADES

7.1 EQUIPE DE GOVERNANÇA DO HOSPITAL

- ✓ Aprovar o número de leitos que dispõe o hospital, censáveis ou não.
- ✓ Aprovar a atribuição de leitos aos serviços clínicos.
- ✓ Garantir a correta gestão operacional dos leitos hospitalares, reforçando a autonomia do Núcleo Interno de Regulação.
- ✓ Aprovar e garantir o cumprimento da carteira de serviços de Internação.
- ✓ Garantir a robustez do sistema de informação e do procedimento de registro de pacientes.
- ✓ Aprovar os critérios de atribuição de leitos nas internações.

7.2 SERVIÇOS CLÍNICOS

- ✓ Planejar a atividade de seu serviço.
- ✓ Realizar a gestão da clínica relacionada à demanda de internação do serviço.
- ✓ Protocolar os critérios clínicos de internação, tanto para os pacientes que devem ser internados de maneira programada como para os que devem fazê-lo de maneira urgente.
- ✓ Protocolar os procedimentos de trabalhos (diretrizes clínicas e terapêuticas) para as patologias mais frequentes.
- ✓ Colaborar com a gestão dos leitos, preenchendo adequadamente previsão de alta médica.
- ✓ Informar ao NIR, de acordo com os critérios pré-estabelecidos por especialidade, os pacientes que necessitam de internação.
- ✓ Elaborar os relatórios clínicos de alta dos pacientes.
- ✓ Preencher os documentos de Internação e de Alta do Hospital.

7.3 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR

- ✓ Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, conforme demanda (serviços de origem da solicitação), organizados por necessidades.



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



- ✓ Acompanhar, regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, permitindo o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados.
- ✓ Planejar a gestão de leitos e orientar as transferências internas.
- ✓ Apoiar as equipes nas transferências para outros serviços de internação (leitos de retaguarda, Central Estadual de Leitos – GERINT).
- ✓ Otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando ociosidade e/ou superlotação), controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos.
- ✓ Estabelecer mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação de internação hospitalar e a realização do procedimento de acomodação do paciente em leito de enfermaria.
- ✓ Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade hospitalar instalada.
- ✓ Induzir a implantação dos mecanismos de gestão tais como: Kanban, Projeto Terapêutico Singular, Gestão da Fila, Gestão de Altas.
- ✓ Promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e apoio as atividades de gestão desempenhadas pelas equipes assistenciais.
- ✓ Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso hospitalar.
- ✓ Qualificar os fluxos de acesso aos serviços e às informações no ambiente hospitalar.
- ✓ Otimizar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito hospitalar.
- ✓ Promover a permanente articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado, no âmbito intra-hospitalar.
- ✓ Aprimorar e apoiar o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços hospitalares visando ao atendimento mais adequado às suas necessidades.



- ✓ Instigar e apoiar as equipes na tarefa de definir critérios de indicação de internação e da alta hospitalar responsável.
- ✓ Fornecer subsídios, sob forma de orientações, às chefias dos serviços para que façam o ajuste dos leitos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência.
- ✓ Estimular a cultura das Linhas de Cuidado dentro da instituição.
- ✓ Colaborar tecnicamente (quando requeridos pelo gestor) nas justificativas de Internações em procedimentos judiciais.
- ✓ Subsidiar a governança do hospital para a tomada de decisão estratégica.
- ✓ Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento, na proposição e atualização de protocolos/diretrizes clínicas e terapêuticas e protocolos administrativos.

8. DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Admissão: É a entrada e permanência do paciente no hospital, por determinado período. Tem por objetivos facilitar a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, proporcionar conforto e segurança.

Internação hospitalar: Pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior que 24 horas.

Internação programada: É uma internação com solicitação de internação prévia.

Internação urgente/emergente: É uma internação sem solicitação de internação prévia.

Entrada: É a entrada do paciente na unidade de internação, por internação, incluindo as transferências externas, ou por transferência interna.

Saída: É a saída do paciente da unidade de internação por alta médica (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito.

Alta Hospitalar: Alta Hospitalar é o encerramento da assistência prestada ao paciente no hospital



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



Evasão ou Fuga: É a saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída a unidade em que o paciente estava internado.

Desistência do tratamento: É a saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída na unidade em que o paciente estava internado, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente.

Transferência interna: Mudança do paciente de uma unidade de internação para outra dentro do mesmo hospital.

Transferência externa: É a alta em que o paciente é transferido para outro Hospital ou Unidade de Saúde.

Óbito hospitalar: É aquele que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não.

Reinternação: É a internação de um paciente num hospital dentro de um período de tempo definido (3 dias) após a alta deste paciente do mesmo hospital.

Pré-alta: É a realização de uma previsão de alta do paciente, 24 horas antes da efetiva alta.

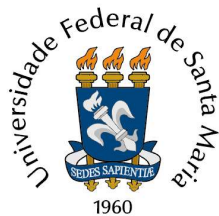
Censo Hospitalar: censo hospitalar é a contagem diária e o registro do número de leitos, ocupados e vagos, segundo tipologias e condições de uso.

Núcleo Interno de Regulação: Serviço que realiza a interface com as centrais de regulação e as unidades internas.

9. NOMENCLATURAS DE LEITOS (Manual SPA/CRACH/DAS nº 1/2017)

Os leitos hospitalares são classificados em:

- 9.1 Leito de Internação;
- 9.2 Leito Complementar de internação;
- 9.3 Leito de Hospital Dia; e
- 9.4 Leito de Observação.



9.1 LEITO DE INTERNAÇÃO

É a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço, no sentido de atender a ambiência hospitalar necessária para a execução do processo assistencial, qualificado e humanizado em conformidade a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50/2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Observações:

Não devem ser considerados leitos hospitalares de internação:

Leitos de Observação (Leitos de Recuperação Pós-Anestésica (RPA); Leitos de Apoio para Procedimentos Diagnósticos e/ou Terapêuticos; Leitos de Urgência e Emergência; Leitos de Pré-Parto), assim como os leitos de hospital-dia, os berços de alojamento conjunto, as camas destinadas a acompanhantes e funcionários do hospital e os leitos de internação domiciliar, conforme leitos 8.3 e 8.4.

Os Leitos de Internação Hospitalar são classificados nos seguintes tipos:

9.1.1 Leito Clínico;

9.1.2 Leito Cirúrgico;

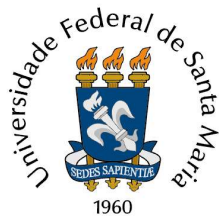
9.1.3 Leito Obstétrico; e

9.1.4 Leito Pediátrico.

9.1.1 Leito Clínico

Leito de internação hospitalar destinado a acomodar pacientes de qualquer especialidade clínica, sendo possível a sua subclassificação por especialidade tais como: Aids, Cardiologia, Clínica Geral, Dermatologia, Geriatria, Hansenologia, Hematologia, Nefrologia, Neonatologia, Neurologia, Oncologia, Pneumologia, Saúde Mental e outros, conforme tabela de especialidades de leitos contida no Anexo 1.

Observação: Os leitos clínicos obstétricos e pediátricos e estão classificados separadamente, conforme descrito nos itens 8.1.3 e 8.1.4.



9.1.2 Leito Cirúrgico

Leito de internação hospitalar destinado a acomodar pacientes de qualquer especialidade cirúrgica, sendo possível a sua subclassificação por especialidade tais como: Buco Maxilo Facial, Cardiologia, Cirurgia Geral, Endocrinologia, Gastrenterologia, Ginecologia, Nefrologia urologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e traumatologia, Otorrinolaringologia, Plástica, Torácica, Transplante e outros, conforme tabela de leitos no anexo 1.

Observação: Os leitos cirúrgicos obstétricos e pediátricos estão classificados separadamente, conforme descrito nos itens: 8.1.3 e 8.1.4.

9.1.3 Leito Obstétrico

Leito de internação hospitalar destinado a acomodar as gestantes e puérperas para atendimento assistencial clínico e/ou cirúrgico.

Observações:

- (i) Para as unidades de internação que reservam leitos para tratamento clínicos e cirúrgicos de mulheres nas especialidades de ginecologia e mastologia devem identificar os leitos como clínicos ou cirúrgicos e não como leitos obstétricos.
- (ii) Os berços de recém-nascido em alojamento conjunto são destinados ao recém-nascido sadio, que logo após o nascimento, permanecendo ao lado da mãe, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar da mãe. Não é considerado leito de internação.

Os leitos obstétricos são classificados como:

a) Leitos Obstétricos Clínicos:

Destinados ao tratamento de complicações relacionadas ao puerpério; tratamento de eclampsia; tratamento de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério; tratamento de intercorrências clínicas na gravidez; e tratamento de mola hidatiforme; assistência ao parto sem distócia; parto normal; e parto normal em gestação de alto risco.

a.1) Quarto PPP - Quarto de Pré-Parto, Parto e Puerpério.

Destaca-se que o quarto PPP é uma subclassificação dos Leitos Obstétricos Clínico sendo o espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo para cada mulher e seu acompanhante, onde a atenção aos períodos clínicos do parto



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



e do nascimento ocorre no mesmo ambiente, da internação à alta, conforme a PT/GM/MS nº 11, de 7 de janeiro de 2015, bem como ambiência adequada de acordo com a RDC nº 36/ANVISA, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

b) **Leitos Obstétricos Cirúrgicos:**

Destinados ao tratamento de descolamento manual de placenta; parto cesariano; redução manual de inversão uterina aguda pós-parto; ressutura de episiorrafia pós-parto; sutura de lacerações de trajeto pélvico; tratamento cirúrgico de inversão uterina aguda pós-parto; curetagem pós-abortamento/puerperal; embriotomia; histerectomia puerperal; tratamento cirúrgico de gravidez ectópica; tratamento de outros transtornos maternos relacionados predominantemente à gravidez.

9.1.4 Leito Pediátrico

Leito de internação hospitalar destinado a acomodar pessoas menores de 15 anos.

Os leitos pediátricos são classificados nas especialidades:

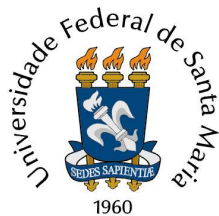
- a) Leito Pediátrico Clínico
- b) Leito Pediátrico Cirúrgico

Observação:

A faixa etária adotada para definir leitos pediátricos é referenciada pela Portaria GM/MS nº 1.631, de 01 de outubro de 2015, entretanto as unidades hospitalares, em conjunto com os profissionais envolvidos no atendimento, devem definir a idade máxima para internação de acordo com as condições estruturais da unidade, físicas e de recursos humanos. Esta conduta deve ser normatizada na instituição e publicizada para os gestores da rede e o limite etário deve ser o mesmo para atenção clínica e cirúrgica.

9.2 LEITOS COMPLEMENTARES DE INTERNAÇÃO

São leitos de internação destinados a pacientes que necessitam de assistência especializada exigindo características especiais, tais como: as unidades de



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



isolamento, isolamento reverso e as unidades de tratamento intensiva e semi-intensiva.

Os leitos complementares de internação são classificados em:

9.2.1 Leito de Isolamento;

9.2.2 Leito de Isolamento Reverso;

9.2.3 Leito de Cuidados Intensivos (UTI); e

9.2.4 Leito de Cuidados Intermediários (UCI).

9.2.1 Leito de Isolamento

Leito de internação hospitalar instalado em ambiente dotado de barreiras contra contaminação e destinado à internação de pacientes suspeitos ou portadores de doenças transmissíveis.

9.2.2 Leito de Isolamento Reverso

Leito de internação hospitalar instalado em ambiente dotado de barreiras contra contaminação e destinado à proteção de pacientes altamente susceptíveis a infecções, como os imunodeprimidos e grandes queimados.

9.2.3 Leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

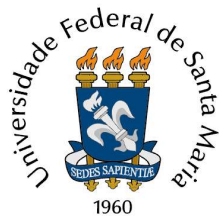
São leitos destinados à internação de pacientes graves ou de risco, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias aos diagnósticos e terapêuticos em consonância a PT/GM/MS nº 3.432/1998 e a RDC/ANVISA nº 07/2010.

Os leitos de UTI são classificados em:

a) Leito de Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (Tipo I, II ou III)

UTI destinada à assistência de pacientes com idade superior a 15 anos.

Observação: A faixa etária adotada para definir leitos de Terapia Intensiva Adulto é referenciada pela Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, entretanto a unidade hospitalar, em conjunto com os profissionais envolvidos no atendimento, deve definir a idade mínima para internação de acordo com as condições estruturais da unidade – físicas e de recursos humanos. Esta conduta deve ser normatizada na instituição e publicizada para os gestores da rede e o limite etário deve ser o mesmo para atenção clínica e cirúrgica.



b) Leito de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Tipo II e III

UTI destinada à assistência a pacientes com idade entre 29 dias e menor que 15 anos.

Observação: A faixa etária adotada para definir leitos de terapia intensiva pediátrica é referenciada pela Portaria GM/MS nº 1.631/2015, entretanto, a unidade hospitalar, em conjunto com os profissionais envolvidos no atendimento, devem definir a idade máxima para internação de acordo com as condições estruturais da unidade – físicas e de recursos humanos. Esta conduta deve ser normatizada na instituição e publicizada para os gestores da rede e o limite etário deve ser o mesmo para atenção clínica e cirúrgica.

c) Leito de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

Conforme a PT/GM/M nº 930, de 10 de maio de 2012, considera-se como Unidade Neonatal o serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal são serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte, destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias.

d) Leito de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) Tipo II ou Tipo III

São leitos destinados ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda, devendo, necessariamente, dispor de infraestrutura típica de terapia intensiva, estando localizado em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com síndrome coronariana aguda, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e oportunidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência (PT/GM/MS nº 2.994/2011).

e) Leito de Unidade de Terapia Intensiva de Queimados (UTIQ)

São leitos destinados aos usuários queimados em situação clínica grave ou de risco, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem



e fisioterapia ininterruptas, monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas por dia, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

9.2.4 Leito de Unidade de Cuidado Intermediário (UCI)

É um leito hospitalar destinado a usuários em situação clínica de risco moderado, que requerem monitorização e cuidados intermediários entre a unidade de internação e a unidade de terapia intensiva, necessitando de monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada, podendo ser classificada como:

a) Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Adulto (UCI-A): São leitos destinados aos pacientes graves ou potencialmente graves, com idade superior a 15 anos.

b) Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Pediátrico (UCI-PED):

São leitos destinados aos pacientes graves ou potencialmente graves, com idade entre 29 dias e menor que 15 anos.

c) Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN)

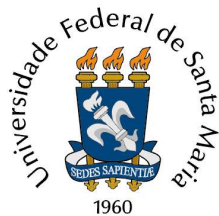
c.1) Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCO): São leitos destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN.

c.2) Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCA)
São leitos destinados ao acolhimento da mãe e o recém-nascido para prática do método Canguru, com repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar.

9.3 LEITO HOSPITAL DIA

É um leito hospitalar destinado ao atendimento do paciente adulto ou pediátrico na unidade, por um período até 12 horas, para a realização de tratamento clínico, cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico.

Observação: O leito de hospital dia de acordo com a legislação vigente é considerado como leito de internação mas para fins do cálculo da taxa de ocupação hospitalar, esses leitos não são incluídos.



9.4 LEITO HOSPITALAR DE OBSERVAÇÃO

É o leito destinado a paciente sob supervisão multiprofissional para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas, não sendo considerado como leito hospitalar de internação. Os leitos de observação são classificados como:

9.4.1 Leitos de Recuperação Pós-Anestésica (RPA);

9.4.2 Leitos de Apoio para Procedimentos Diagnósticos e/ou Terapêuticos;

9.4.3 Leitos de Urgência e Emergência; e

9.4.4 Leitos de Pré-Parto.

Observação: O leito de observação pode ser revertido em leito de internação em caso de necessidade. Vide item 3.5.

9.4.1 Leito de Recuperação Pós-Anestésica (RPA)

Leito de observação destinado à prestação de cuidados pós-anestésicos e/ou pós-cirúrgicos imediatos a pacientes egressos do bloco cirúrgico até que eles tenham condições de serem liberados para o leito de internação.

9.4.2 Leito de Apoio para Procedimentos Diagnósticos e/ou Terapêuticos

Leito de observação destinado à prestação de cuidados imediatos pós-procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos a pacientes até que eles tenham condições de serem liberados para o leito de internação ou saída hospitalar.

Exemplos: leito da unidade de hemodiálise/diálise, leito de recuperação pós-procedimentos endoscópicos, leito de recuperação pós-procedimentos hemodinâmicos, quimioterapia, etc.

9.4.3 Leito de Urgência e Emergência

Leito de observação destinado a prestação de cuidados imediatos aos pacientes, por um período inferior a 24 horas, classificados de acordo com o seu grau de riscos e vulnerabilidade.

9.4.4 Leito de Pré-Parto

Leito de observação localizado em unidade de atendimento obstétrico pelas pacientes durante o trabalho de parto até o momento da realização do parto.



10. CLASSIFICAÇÃO DO LEITO DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES DE USO

10.1 LEITO DE INTERNAÇÃO ATIVO (OPERACIONAL)

É o leito habitualmente utilizado para internação, mesmo que eventualmente não possa ser utilizado por período de até 30 dias, por qualquer razão.

10.2 LEITO BLOQUEADO

Leitos de internação ativos que não podem ser utilizados por qualquer razão (características de outros pacientes que ocupam a mesma enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal, higienização). O tempo de bloqueio não deverá ser superior a 30 (trinta) dias, a partir deste período será considerado leito desativado.

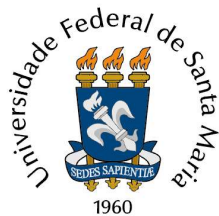
Destaca-se que os leitos bloqueados devem ser considerados no cálculo da taxa de ocupação.

10.3 LEITO EXTRA PARA INTERNAÇÃO

É a cama ou maca que não é utilizada para internação, mas que em situações de extrema excepcionalidade (calamidades e epidemias) é colocada em funcionamento em áreas que habitualmente não seriam destinadas à internação, ou em áreas que passam a comportar mais leitos do que sua capacidade. Estes leitos são disponibilizados em situações de excepcionalidade, mas devem contar com profissionais, insumos e equipamentos mínimos necessários para atendimento ao paciente. O número de leitos extras não deve ser considerado no cálculo da taxa de ocupação.

10.4 LEITOS DESATIVADOS

São leitos que deixaram de fazer parte da capacidade instalada do hospital por alguma razão de caráter mais permanente fechado por período superior a 30 (trinta) dias.



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



Vale ressaltar que, no ato do censo hospitalar, se houver a previsão de que o leito ficará fechado por mais de 30 dias, serão prontamente classificados como leito desativado.

10.5 LEITOS INATIVOS

Leitos que nunca foram ativados após a conclusão da obra por falta de equipamentos/mobiliário ou de recursos humanos.

A partir da descrição dos conceitos, a tabela 1, abaixo, sintetiza a classificação dos leitos segundo tipo e condição para facilitar o censo hospitalar.

10.6 LEITO EM ATENÇÃO DOMICILIAR

Leito não hospitalar em ambiente domiciliar sob supervisão e retaguarda hospitalar referenciada realizado por equipe multiprofissional e equipamentos básicos.

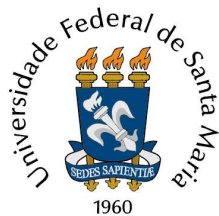
10.7 LEITOS PLANEJADOS

São todos os leitos previstos para existir em um hospital, levando-se em conta a área física destinada à internação e de acordo com a legislação em vigor, incluindo os leitos desativados ou inativados.

11. CENSO HOSPITALAR

Censo hospitalar é a contagem diária e o registro do número de leitos, ocupados e vagos, segundo tipologias e condições de uso. Deve-se considerar o número de internações e saídas de cada unidade/setor/serviço (transferências, óbitos, altas, evasões e desistência do tratamento que ocorrerem nas 24 horas referentes ao censo realiza).

Para o censo devem ser considerados os leitos bloqueados e os leitos extras, no entanto, para o cálculo da taxa de ocupação deverão ser considerados os leitos de internação, incluindo os leitos bloqueados, mas devem ser excluídos os leitos extras.



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



A atividade de censo hospitalar e a disseminação das informações gerenciais advindas deste instrumento devem ser coordenadas pelo Setor de Regulação e Avaliação em Saúde – SRAS, de maneira articulada com as Divisões e Setores que integram à Gerência de Atenção à Saúde, que em conjunto estabelecerão o processo de trabalho.

O SRAS é um setor previsto na estrutura organizacional dos Hospitais Universitários Federais filiados à EBSEH e vinculado diretamente à Gerência de Atenção à Saúde.

Como proposta de trabalho para realizar o censo hospitalar segue orientações que poderão auxiliar nesse processo.

11.1 AÇÕES PREPARATÓRIAS

- ✓ Elaborar estratégias de divulgação desta diretriz dentro do HUF;
- ✓ Capacitar às equipes do SRAS e as demais áreas envolvidas que estarão diretamente relacionados no processo de execução do censo hospitalar e no uso das informações advindas deste instrumento.

11.2 REALIZAÇÃO DO CENSO

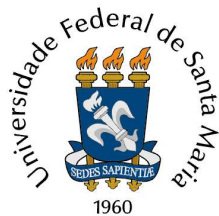
O fluxo deverá ser definido pela equipe do SRAS pactuada com as demais áreas envolvidas dos HUF, considerando as seguintes premissas:

- ✓ Serão considerados para o censo hospitalar os leitos de internação, definidos neste instrumento e relacionados no anexo 1;

Nos HUF que já dispõem do aplicativo de gestão hospitalar - AGHU devem atualizar o cadastro de leitos, conforme orientações deste instrumento.

Nos HUF que ainda não possuem o AGHU, mas que disponham de outro sistema informatizado ou que façam de forma manual a coleta dos dados para a elaboração do censo hospitalar seguem algumas orientações:

- ✓ Deverão ser parametrizadas as informações utilizando as orientações previstas neste manual;



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



- ✓ Os horários de coleta dos dados e de consolidação do censo hospitalar devem ser normatizados pelo Hospital para que as várias áreas envolvidas procedam da mesma maneira e possa haver homogeneidade nos dados coletados;
- ✓ As informações de cada unidade de internação para a consolidação do censo hospitalar deverão ser encaminhadas diariamente ao SRAS, conforme horário pré-estabelecido pela instituição.

O responsável pelo SRAS deverá instituir mecanismos internos de disseminação das informações para a governança do hospital e para as demais áreas que utilizam as informações do censo hospitalar.

12. INDICADORES HOSPITALARES

12.1 TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR (TxO)

Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia ativos em determinado período. Deve ser realizado por clínica e geral.

Método de Cálculo:

$$TxO = \frac{\sum \text{número de pacientes-dia no período} \times 100}{\sum \text{número de leitos-dia ativos no período}}$$

Paciente-dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao volume de pacientes que estão pernoitando no hospital a cada dia. O número de pacientes-dia será a somatória de pacientes-dia de cada dia no período considerado. O dia da saída só será computado se a saída do paciente ocorrer no mesmo dia da Internação.

Leitos-dia ativos: unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar. O número de leitos-dia ativos em determinado período é a somatória de leitos-dia ativos de cada dia no período considerado. Não considerar os leitos extras.



12.2 MÉDIA DE PERMANÊNCIA (MP)

Relação entre o total de pacientes/dia das unidades de internação e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital. Deverá ser calculado mensalmente.

Método de Cálculo:

$$MP = \frac{\Sigma \text{ número de pacientes-dia no período}}{\Sigma \text{ pacientes que tiveram saída no período}}$$

13. PROCESSO DA INTERNAÇÃO

O processo da internação e da alta deve orientar-se de modo a garantir a equidade e segurança do paciente no acesso; assegurar a priorização de leitos para as internações urgentes e a disponibilidade para as internações programadas na data prevista da intervenção, bem como agilizar o processo administrativo.

As internações podem ser urgentes ou eletivas. As urgentes serão as solicitadas via centrais de regulação e/ou oriundas do atendimento ambulatorial, devendo ser obedecido fluxo institucionalizado através do processo SEI nº ----. As internações eletivas são as programadas de acordo com os critérios pré-definidos por cada especialidade clínica e cirúrgica de acordo com a programação cirúrgica (Diretrizes de Gestão do Processo da Lista de espera Cirúrgica)

Todas as solicitações de internações deverão ser encaminhadas ao NIR para disponibilização do leito.

13.1 RECEPÇÃO DO PACIENTE QUE INTERNA

A primeira impressão recebida é fundamental ao paciente e seus familiares, inspirando-lhes confiança no hospital e na equipe que o atenderá. Se recebido atenciosamente, proporcionará sensação de segurança e bem-estar, e deste primeiro contato depende em grande parte a colaboração do paciente ao tratamento.



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



Quando da internação eletiva, ao ser definida sua data, a equipe assistente preenche o **Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar** para fins de solicitação da **AIH**, e entregue ao NIR que deverá encaminhar ao serviço de internação.

Para internações cirúrgicas, esse documento deverá ser preenchido no momento em que for realizada a programação da cirurgia. No caso de paciente clínico, deverá ser preenchido com a data indicada para a internação.

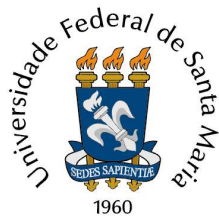
Quando da internação de urgência/emergência, a equipe assistente preenche o **Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar** para fins de solicitação da **AIH** e encaminha ao serviço de internação.

Na chegada do paciente para internar, o serviço de internação deve realizar o cadastro de inclusão do usuário no sistema AGHU ou atualizar todos os dados cadastrais, em especial os contatos telefônicos. Deverá fazer contato com o NIR para informar-se sobre a unidade em que o paciente irá internar. Realizar o processo de internação no AGHU e imprimir os termos para a internação e a pulseira de identificação; bem como falar ao paciente o que significa cada termo e solicitar sua assinatura ou do responsável nos termos. Uma vez finalizado o registro, o paciente será encaminhado para a unidade de internação onde será recebido e encaminhado a enfermagem pela equipe de enfermagem. Serviço de internação irá contatar a unidade de destino do paciente, para informar sobre o seu encaminhamento à unidade.

A equipe de enfermagem e médica realizarão a admissão do paciente na unidade conforme os protocolos da instituição/unidade.

13.2 RECEPÇÃO DO PACIENTE QUE INTERNA ORIUNDO DE OUTRO CENTRO OU HOSPITAL

Os serviços solicitantes deverão realizar o cadastro dos pacientes no GERINT, conforme critérios de regulação definidos pelo Gestor Estadual. Este cadastro será recebido no HUSM pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR), que fará os encaminhamentos.

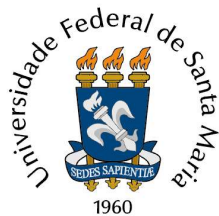


13.3 DIREITOS DOS PACIENTES INTERNADOS

- I - Ser tratado com dignidade e respeito;
- II - Ter acesso ao atendimento de internação regulado nos termos garantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS);
- III - Ser devidamente informado do nome dos profissionais de saúde que lhe prestam serviço;
- IV - Receber informações sobre o seu estado de saúde, e, caso o usuário autorize, estendê-las a seus familiares e/ou acompanhantes;
- V - Ter acesso ao seu prontuário;
- VI - Ser acolhido e atendido sem quaisquer formas de distinção, respeitando os critérios legais de prioridades;
- VII - Receber apoio espiritual ou religioso, desde que manifeste expressamente o desejo respeitando a individualidade dos outros usuários internados;
- VIII - Ser identificado pelo nome, sobrenome, não podendo ser chamado de forma genérica;
- IX - Ter resguardado o sigilo relativo à sua condição de saúde, salvo quando houver expressa autorização dos usuários, imposição legal, risco a terceiros ou à saúde pública;
- X - Receber atestado e laudo médico, conforme apreciação do profissional competente nos termos legais;
- XI - Ser informado sobre os serviços de saúde disponibilizados pelo HUSM e os mecanismos de acesso.
- XIV - Ter conhecimento das normas e rotinas do HUSM.

13.4 DEVERES DOS PACIENTES INTERNADOS

- I - Prestar todas as informações pertinentes e necessárias ao atendimento;
- II – Apresentar em todos os atendimentos, os documentos: a) Registro Geral (RG); b) Cadastro de Pessoa Física (CPF); c) Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS); d) Comprovante de residência, com Código de Endereçamento Postal (CEP).
- III - Utilizar as vestimentas disponibilizadas pelo hospital em caso de internação;



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



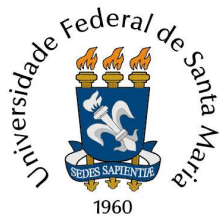
- IV - Contribuir com o bem-estar de todos: não fazer barulho, não usar cigarro, bebidas alcoólicas e outras drogas ilícitas nas dependências do hospital;
- V - Manter a organização, higiene e limpeza do ambiente hospitalar;
- VI - Respeitar as normas e rotinas do hospital;
- VII - Tratar com respeito e cordialidade os funcionários do hospital e os demais usuários;
- VIII - Ausentar-se das dependências do hospital durante a internação com a devida autorização;
- IX - Zelar e preservar os equipamentos e insumos disponibilizados pelo HUSM durante sua permanência na instituição;
- XI - Não utilizar alimentos, insumos e equipamentos médicos hospitalares adquiridos as suas próprias custas, durante o seu tratamento de saúde no HUSM.

13.5 LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Todas as internações necessitam da AIH – Autorização Internação Hospitalar - para serem processadas e encaminhadas para ressarcimento do SUS. Depois de realizado o processo de internação, esse laudo será encaminhado a Unidade de Processamento da Informação/Faturamento para solicitar às Secretarias de Saúde de origem do paciente a AIH – Autorização de Internação Hospitalar. Conforme Manual Técnico Operacional Do Sistema De Informação Hospitalar-SIH (2017), esta autorização deve retornar ao HUSM, no máximo até 72 horas do início da internação do paciente e os responsáveis pelo preenchimento são: médico, cirurgiões – dentista e enfermeiros obstetras.

13.6 ATENDIMENTO NA INTERNAÇÃO

Durante a internação deverá ser considerado o processo SEI nº 23541.024759/2021-07, em que todos os profissionais envolvidos no processo têm responsabilidade de preencher corretamente todos os dados, exames, procedimentos, prescrições no sistema AGHU.



13.7 ALTA DO PACIENTE

Alta Hospitalar é o encerramento da assistência prestada ao paciente no hospital. A alta hospitalar, é prerrogativa da equipe assistencial responsável pela internação. No momento que indicar uma data de alta, o profissional deverá marcar no AGHU a pré-alta.

13.7.1 Registro do Processo de Alta

- O médico, cirurgiões – dentista e enfermeiros obstetras fazem a programação da Alta Hospitalar (até 24 horas de antecedência) assinando a pré alta no prontuário do paciente, informando à equipe de Enfermagem sobre a alta e se haverá necessidade de algum procedimento ou medicação antes da saída do paciente.
- Na programação de alta do paciente, deverá ser potencializada as discussões com as equipes, para um melhor planejamento e programação da alta, ser preenchido o sumário de alta no AGHU, impresso, assinado e carimbado, bem como ser providenciado as receitas e encaminhamentos necessários.
- Secretário administrativo e NIR organizam as altas;
- A equipe assistente realiza o levantamento das necessidades do usuário e encaminha as demandas.
- A equipe de enfermagem verifica no prontuário as medicações ou outros tratamentos a serem feitos antes da saída do paciente;
- O Serviço Social é responsável por realizar e investigação social do paciente, apoiando e esclarecendo toda e qualquer dúvida para alta;
- Quanto a necessidade de transporte na alta, deverá ser seguido o SEI 23541.014834/2021-13 e Despacho nº 11973774.
- A equipe de enfermagem orienta devidamente o paciente e seus familiares sobre cuidados domiciliares e continuidade do tratamento;
- Em até 15 minutos da saída do paciente da unidade, o secretário deverá informar no sistema AGHU a saída do paciente e o leito fica com o status – “Leito em limpeza” e avisa o serviço de higienização.
- O secretário faz a revisão e montagem do prontuário e encaminha para o arquivo.



- A equipe de enfermagem é responsável pelo monitoramento da desocupação do leito pelo usuário, do término da higienização e preparo para receber um novo paciente.
- A equipe da limpeza é responsável pela higienização e marcar no sistema AGHU o leito limpo.
- O NIR monitora a disponibilidade do leito no sistema AGHU/AGINFO e também através de contato direto com a unidade.
- Na ausência do secretário, o enfermeiro da Unidade será o responsável por informar o NIR - Gestão de Leitos da saída do paciente.
- O NIR-Gestão de Leitos dará destino ao leito.

Observações:

A condição clínica para a alta-hospitalar é prerrogativa do profissional assistencial responsável pela internação do paciente. A decisão deve ser tomada de acordo com os ditames éticos e legais. As discussões entre equipes multidisciplinares devem ser estimuladas e sempre que possível planejar-se a alta com antecedência.

Conforme processo SEI nº 23541.042670/2019-08, Ofício circular SEI nº 13847111 as altas devem ser prescritas até as 11 horas. Deve-se preencher o sumário de alta no AGHU, imprimir, assinar e carimbar, bem como providenciar as prescrições e encaminhamentos necessários.

13.7.2 Documentos Necessários para a Alta Hospitalar

- Sumário de alta médica, com o detalhamento da situação clínica, medicações, orientações referentes aos cuidados necessários, devidamente assinados, datados e carimbados.
- O paciente receberá o Relatório de alta, as prescrições, as instruções e a contra referência para continuidade da assistência necessária ao paciente para a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência, quando for o caso;
- No caso de necessitar consulta de controle ambulatorial, solicitará retorno pós-alta e o paciente ou responsável, deverá agendar na central de marcação de consulta do HUSM nos dias úteis. Em dias não úteis deverá ser agendada no serviço de internação.



13.7.3 Tipos de altas

Os diferentes tipos de alta serão registrados pelo médico no AGHU. Estes tipos são os seguintes:

Alta médica: o paciente tem alta para o domicílio ou para internação domiciliar.

Alta Administrativa: A alta de paciente solicitada por acompanhante, familiares ou pelo próprio paciente. Somente será realizada com a autorização de um profissional médico, que avaliará os riscos da alta ou da transferência. O Hospital reserva-se o direito de efetuar alta hospitalar ou transferência quando o paciente deixar de cumprir o regulamento interno, sempre que existirem riscos aos demais pacientes e à Instituição.

Transferência para outro hospital: O paciente que será transferido para outro hospital. O NIR realiza contato prévio com o hospital para solicitar a vaga para transferência do paciente. Quanto a necessidade de transporte, deverá ser seguido o SEI 23541.014834/2021-13 e Despacho nº 11973774. O paciente será transferido no momento que o centro receptor comunicar a disponibilidade de leitos.

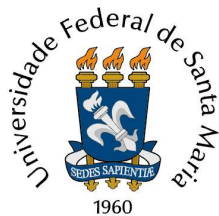
Evasão: É a saída do paciente do hospital sem autorização da equipe assistencial e sem comunicação da saída. Devendo realizar o registro adequado no sistema AGHU.

Desistência do tratamento: É a saída do paciente do hospital sem autorização da equipe assistencial, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a assistência que vinha sendo prestada, porém com comunicação da saída a unidade em que o paciente estava internado. Neste caso o paciente ou responsável deverá assinar documentação assumindo a responsabilidade da sua decisão.

Óbito: É aquele que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital, independente dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não.

13.7.4 Visitantes

Visitante: Pessoa da família ou que tenha algum vínculo com o paciente.



Conforto Espiritual: Atendimento prestado por religiosos, incluindo todos os credos.

a) Não é permitido ao visitante

- I - Portar sacolas, mochilas e malas;
- II - Entrar com gêneros alimentícios, bebidas e substâncias psicoativas e/ou ilícitas no Hospital;
- III - Transitar por enfermaria que não seja a do seu usuário internado e/ou acompanhante, bem como, em áreas restritas aos funcionários;
- IV - Manusear insumos e equipamentos médicos hospitalares que devem ser utilizados exclusivamente pela equipe de saúde do HUSM;
- V - Fornecer, com recursos próprios, insumos e equipamentos médicos hospitalares durante tratamento de saúde de usuários internados;
- VI - Realizar procedimentos médico hospitalares, mesmo que este tenha conhecimento para tal;
- VII - Comercializar objetos e/ou serviços no hospital;
- VIII - Deitar ou sentar na cama do usuário internado;
- IX - Fumar nas dependências e entorno do hospital;
- X - Entrar com aparelho de televisão, de som, ventiladores e equipamentos similares sem a devida autorização;

b) Horário de Visitas

UTI e UCI

Manhã: das 10h30min às 11h;

Tarde: das 16h às 16h30min;

Noite: das 20h às 20h30min;

UTI Pediátrica

Manhã: das 10h30min às 11h;

Tarde: das 15h30min às 16h;

UTI RN

Domingos, segundas e sextas-feiras: das 15h30min às 16h;

Somente um visitante por paciente (acompanhado do Pai ou mãe). Pai e mãe a qualquer horário.



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

**Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial**



Centro Obstétrico

Manhã: das 10h às 11h;

Tarde: das 15h às 16h;

CTMO, CTCriaC

Tarde: das 14h às 16h (somente 02 visitas por paciente e uma a cada vez).

Pacientes com escolta policial

Quintas-feiras e sábados: das 11h às 11h30min, (somente familiares de 1º grau).

Unidade Paulo Guedes (Psiquiatria)

Quartas-feiras, sábados e domingos: das 15h às 16h30min;

Permitido somente familiares de primeiro grau.

Pronto-Socorro Adulto

Das 14h30min às 15h30min.

Não haverá visitas a pacientes em observação na Emergência do Pronto-Socorro.

Nesse caso, será permitido um acompanhante por paciente.

Pronto-Socorro Pediátrico

Das 14h30min às 15h30min.

Somente um visitante por paciente, com revezamento.

Sala de espera de cirurgia no saguão frente ao bloco

01 acompanhante por paciente.

Demais casos

Das 14h às 16h

13.7.5 Acompanhantes

Acompanhante: Pessoa com mais de 18 anos de idade, que pertence ou não à família, escolhida pelo próprio usuário, exceto quando impossibilitado para tal.

É responsabilidade das equipes de recepção e de saúde, realizar as orientações cabíveis para acesso de acompanhantes nos leitos, especialmente no que diz respeito à higienização das mãos / antebraços, entrada de alimentos e utilização de vestimenta conforme rotina de cada setor, bem como fazer cumprir as normas para usuários no HUSM.

O acompanhante tem direito de ser informado acerca das medidas terapêuticas empregadas em benefício do usuário;



O acompanhante pode auxiliar na alimentação do usuário internado, no banho, na troca de fraldas e outros cuidados, desde que devidamente orientado e supervisionado por membro da equipe de assistência direta.

a) Trocas de acompanhantes

Não é permitido troca de acompanhante após às 20h45min

Pode ser realizada apenas uma troca de acompanhante por turno, nos seguintes horários:

Portaria Central

Manhã: das 7h às 12h;

Tarde: das 12h às 18h;

Noite: das 18h às 20h45min.

b) Orientações para internação

I - Todo usuário tem direito a acompanhante nas seguintes situações:

II - Internações: nos casos previstos em Lei (parturiente, idosos, portadores de necessidades especiais, crianças e adolescentes);

III - Casos específicos serão autorizados pela equipe multiprofissional – médico, enfermeiro, assistente social e nutricionista.

IV - Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal e Clínica Pediátrica somente é permitido acompanhamento do pai ou da mãe.

V - Será permitido apenas um acompanhante, preferencialmente do mesmo sexo do usuário internado. As parturientes terão liberdade de escolha do acompanhante.

VI - A troca de acompanhantes será realizada na recepção do HUSM e não nas enfermarias / unidades.

VII - Será permitido, no máximo, uma troca de acompanhante por período.

VIII - Será permitido apenas acompanhantes maiores de idade ou emancipados;

IX - Não será permitido acompanhante, a não ser se autorizado por equipe assistente (enfermeiro e/ou médico)

X - O hospital não se responsabilizará pelos pertences esquecidos e/ou deixados nas enfermarias;



- XI - O acompanhante deverá apresentar identificação com foto na recepção do HUSM, para realizar o cadastro.
- XII - O acompanhante deverá permanecer junto ao usuário, sempre com o crachá/etiqueta em local visível;
- XIII - O acompanhante deverá higienizar as mãos e/ou utilizar álcool gel antes e após prestar auxílio ao usuário e ao entrar e sair da enfermaria;
- XIV - Não é permitido ao acompanhante portar sacolas, mochilas e malas;
- XV - Não é permitido ao acompanhante entrar com gêneros alimentícios, bebidas e substâncias psicoativas e/ou ilícitas no Hospital;
- XVI - Não é permitido ao acompanhante transitar por enfermaria / unidade que não seja aquela autorizada, bem como, em áreas restritas aos funcionários;
- XVII - Não é permitido ao acompanhante manusear insumos e equipamentos médicos hospitalares que devem ser utilizados exclusivamente pela equipe de saúde do HUSM;
- XVIII - Não é permitido ao acompanhante fornecer insumos e equipamentos médicos hospitalares adquiridos às próprias custas durante tratamento de saúde de usuários internados no HUSM;
- XIX - Não é permitido ao acompanhante entrar com aparelho de televisão, de som, ventiladores e equipamentos similares nas dependências do hospital sem autorização;

14. GESTÃO DE LEITOS

14.1 ASPECTOS GERAIS DA GESTÃO DE LEITOS (Sistema AGHUX)

Para uma adequada gestão de leitos, é necessário realizar alguns cadastros básicos no sistema AGHU:

- ✓ Definição e Cadastro de Unidades Funcionais: área de atividades assistenciais, tais como os andares do prédio onde estão internados os pacientes.
- ✓ Definição e Cadastro das Clínicas.
- ✓ Definição e Cadastros dos Quartos e Leitos: No cadastro de quartos e leitos o aplicativo AGHU permite o registro de leitos alfanuméricos,



viabilizando o registro para hospitais que possuem leitos que também são numerados.

- ✓ Características dos leitos: Quando a característica mencionada for “qualquer” a ocupação do leito será mista, ou seja, poderá internar homens e mulheres. E quando a característica for “qualquer determinante” a primeira pessoa que for internada no quarto determinará o sexo.
- ✓ Situação dos Leitos: Na listagem dos leitos cadastrados o AGHU informa se o leito está ativo ou inativo, facilitando a identificação das situações dos leitos.
- ✓ Adequação da tabela de Procedimentos pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP.
- ✓ No boletim de identificação/internação dos pacientes foram adicionados campos para informar a descrição do procedimento e também do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) de internação.

14.1.1 Vantagens do uso do Módulo Internação no sistema AGHU

- ✓ Controle total sobre os pacientes internados em todas as especialidades, bem como os leitos ocupados, disponíveis e censo diário automatizado.
- ✓ Prescrição médica no sistema, melhorando a segurança do paciente pela maior clareza e confiabilidade dos dados.
- ✓ Melhor registro de altas gerando relatórios mais confiáveis.
- ✓ Melhor controle dos dados de enfermagem.
- ✓ Permite a qualificação da assistência prestada ao paciente e produção de indicadores de internação de melhor qualidade.

14.2 MECANISMOS DE GESTÃO DE LEITOS

Em conjunto com os profissionais do Núcleo Interno de Regulação (NIR) – Serviço de Regulação de Leitos (NIR – SRL), a equipe de cada unidade de internação é estimulada a elaborar e aprovar planos de trabalho para a resolução de necessidades assistenciais. Desta forma, são elaborados em conjunto critérios



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



de definição para a ocupação dos leitos e características acerca dos fluxos de internação e alta para as enfermarias específicas. Como alternativa, a programação do fluxo do paciente objetiva a melhora da relação entre a capacidade e a demanda. O incremento de recursos de gestão e a utilização de práticas padronizadas, corroboram com uma maior eficiência operacional, resultando em expansão da capacidade instalada.

A equipe do NIR-SRL faz a busca ativa das necessidades de vagas e o levantamento das existentes nas Unidades de internação. Posteriormente realiza a distribuição dos leitos, conforme os fluxos estabelecidos previamente com as especialidades.

Para as internações eletivas, o enfermeiro do NIR- SRL reserva o leito, comunica a unidade que irá receber o paciente informando o nome do paciente e a equipe médica responsável, comunica e entrega o Laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar no Serviço de Internação.

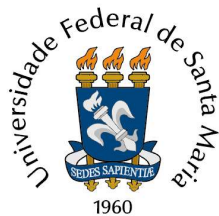
Para as transferências entre unidades de internação, o enfermeiro do NIR-SRL verifica o prontuário para identificar necessidade de isolamento, comunica a unidade de origem do paciente e a unidade de destino, informando o nome do paciente e a equipe médica responsável.

Sempre que se fizer necessário o enfermeiro do NIR, em conjunto com o médico desse mesmo serviço, deverá realizar a avaliação a beira-leito de pacientes, com a finalidade de identificar as necessidades de cada paciente, a fim de alocar com o melhor recurso na unidade de destino.

14.3 CRITÉRIOS GERAIS DE ATRIBUIÇÃO DE LEITOS

O processo de gestão de leitos ocorre da seguinte forma: os profissionais do NIR fazem a busca ativa das necessidades de vagas e daquelas disponíveis nas Unidades de Internação (gerenciadas); posteriormente realizam a distribuição dos leitos.

A identificação do perfil assistencial dos pacientes constitui-se como subsídio para alocação de recursos humanos, avaliação do quadro de pessoal e como fundamentação para os processos de tomada de decisão relacionados à



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

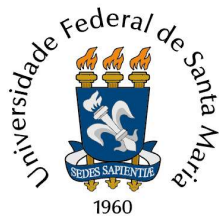
Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



organização e ao planejamento da assistência. O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) permite a identificação e classificação de pacientes em grupos de cuidados e a quantificação dessas categorias como medida dos esforços requeridos.

Durante o processo de atribuição de leitos hospitalares são critérios de alocação: a observação do quadro clínico apresentado pelo paciente e a gradação de complexidade assistencial requerida. Para tal utilizamos como referencial o Sistema de Classificação dos Pacientes segundo Fugulin et. al., excluindo o item referente a motilidade. A partir destes dados, são respeitadas as seguintes prioridades, para pacientes adultos, sendo que os itens 2 e 3 concorrem entre si, bem como os itens 4,5, 6 e 7, devendo ser considerado a relação demanda versus recursos disponíveis (equipe assistente disponível, material necessário para tratamento disponível, medicamento necessário para tratamento disponível, entre outras necessidades). O NIR durante o processo de atribuição de leitos hospitalares deve obedecer a critérios que foram estabelecidos respeitando as seguintes prioridades conforme ordem abaixo:

1. Pacientes com alta da UTI: pacientes que estão internados nas diferentes Unidades de Tratamentos Intensivos e que recebem alta dessa unidade podendo a sequência de seu tratamento ser realizada em uma unidade de hospitalização convencional, desde que respeitada a especialidade clínica na qual o paciente está sendo assistido.
2. Pacientes com alta da Recuperação anestésica: pacientes procedentes de Urgências que sofreram intervenções cirúrgicas, que não tenham leito reservado em unidade de internação e que necessitam continuar internados no pós-operatório.
3. Paciente pós procedimento no Serviço de Hemodinâmica: pacientes que realizam procedimento no Serviço de Hemodinâmica e precisam de leito para recuperação.
4. Pacientes procedentes de Lista de Espera (programados e ordem judicial).



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



*Considera-se a priorização de pessoas portadoras de deficiência e idosos (>60anos) determinada por leis federais (Lei 9656/1998; Lei 10048/2000; lei 10741/2003; Decreto 5296/2004).

5. Pacientes internados no Hospital e que requeiram transferência interna.

**Em todos os atendimentos de saúde, os maiores de 80 anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência (Lei 13.466/2017).

6. Pacientes com Ordem de Internação procedente do Pronto Socorro, preferencialmente que já possuam definição de tratamento.

7. Pacientes em espera pela Central de Regulação Hospitalar Estadual (GERINT): paciente cadastrado no GERINT, que conforme avaliação do caso pela especialidade para qual foi solicitado o encaminhamento e em acordo com o médico solicitante, definem que paciente pode permanecer no hospital de origem até a disponibilização de leito para internar no HUSM.

Observação: Os leitos de obstetrícia são organizados conforme a necessidade do Centro Obstétrico (CO). Quando o leito estiver disponível o NIR – Gestão de Leitos é comunicado e o leito é ofertado para o CO. A equipe da unidade de internação obstétrica deverá informar ao Centro Obstétrico assim que o leito estiver limpo e o NIR já o tiver disponibilizado para esse fim.

14.4 DESCRIÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO

14.4.1 Gestão do Fluxo dos Pacientes com Destinação para Leitos em Enfermarias

A alta ocupação do Pronto Socorro (P.S) e da Recuperação Pós-Anestésica (RPA) associa-se ao aumento de eventos adversos, tempo prolongado de espera no serviço de emergência, aumento do risco à segurança do paciente, insatisfação dos usuários e sobrecarga dos trabalhadores. Na impossibilidade de se abrirem novos leitos, atrasa-se o agendamento de cirurgias eletivas, formando-se filas de espera. Neste contexto, a existência de um protocolo de atenção dedicado às transferências dos pacientes alocados no P.S e na RPA

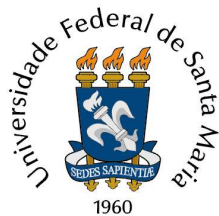
para as enfermarias se justifica pela proposta de melhorar a comunicação entre equipes e preservar a segurança do paciente.

A classificação dos pacientes é fator indispensável para a identificação das necessidades e tecnologias de assistência requeridas. O instrumento estruturado por Fugulin et al., já utilizado no HUSM/Ebserh para dimensionamento de pessoal, forneceu informações relevantes quanto ao método de se organizar as informações para a visibilidade e comunicação aos membros da equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde. Por estas razões, este instrumento serviu de base para a criação de uma escala de graduação para a avaliação inicial dos pacientes oriundos, principalmente dessas unidades, podendo ser utilizada para outras unidades, conforme o NIR julgar necessário.

GRADAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DO PACIENTE

Área de cuidado	INTENSIVO E SEMI INTENSIVO	INTERMEDIARIO	MINIMO
Estado mental	Inconsciente. Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientação no tempo e espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica; Uso contínuo de máscara ou saturação < 90.*	Uso de cateter de oxigênio, mantendo saturação > 90.	Não depende de oxigênio.
Sinais Vitais	Instabilidade; necessidade de controle em intervalos de 2 a 4 horas; uso de monitor.	Controles em intervalos de 6 horas; uso de monitor.	Controle de rotina (conforme POP).
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção da PA.	EV contínua ou através de sonda nasogástrica.	IM ou VO.

*Exceção paciente DPOC conforme avaliação médica.



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Hospital Universitário de Santa Maria
Setor de Contratualização e Regulação
Unidade de Regulação Assistencial



Após a solicitação de internação em enfermaria por parte do P.S. e da liberação anestésica na RPA, o paciente deverá ser avaliado conforme a escala adaptada, e ser identificado a complexidade. Nas complexidades intensiva e semi intensiva em pelo menos um dos itens da escala alerta para a manutenção de observação contínua em ambiente de Pronto Socorro ou RPA, afim de assegurar a segurança do paciente. Ao se constatar evolução para necessidade de cuidados intermediários, os pacientes estarão com indicação de transferência para enfermaria com segurança.

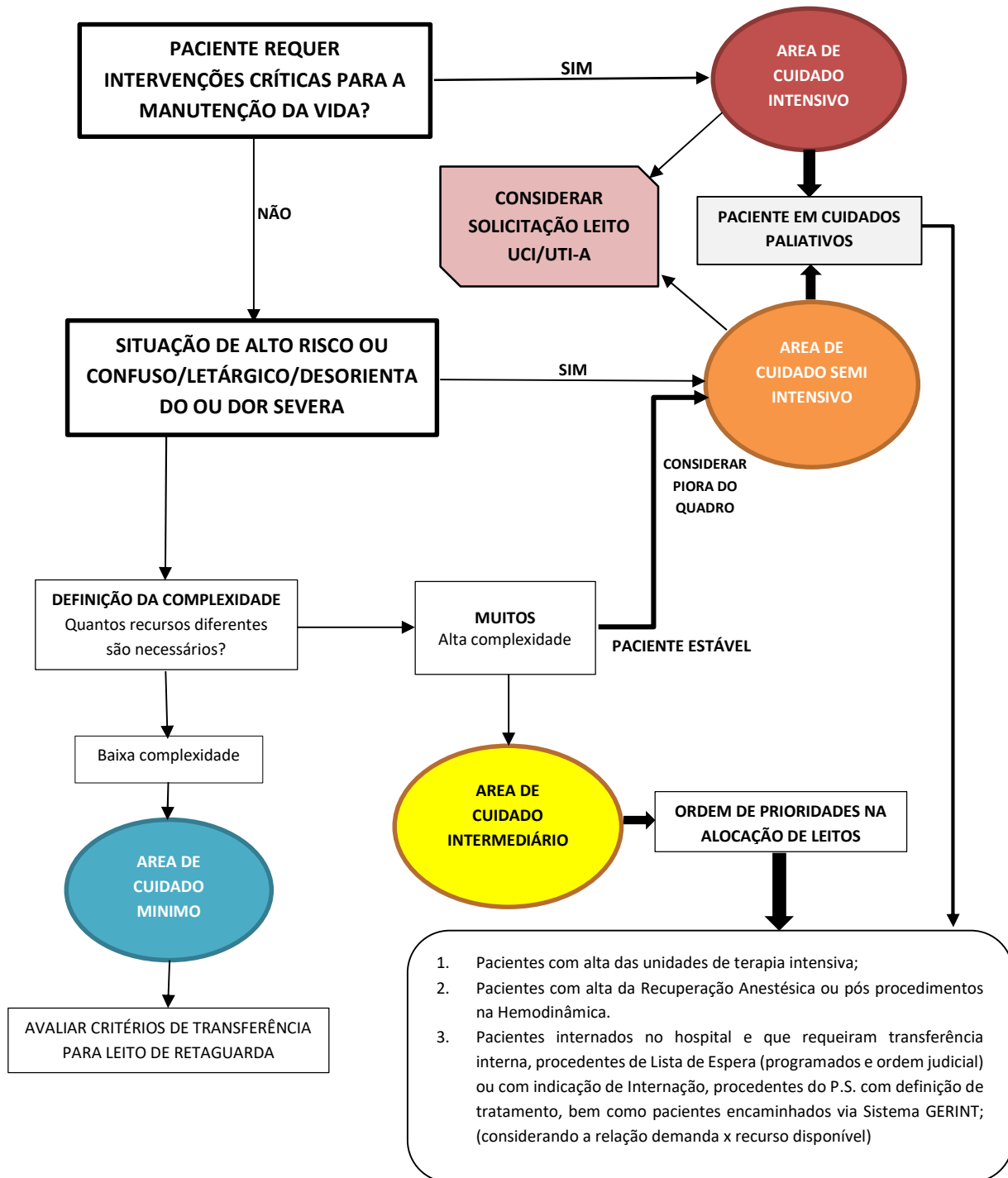
Soma-se ao processo a utilização do nível de complexidade do paciente, apontada pelo Protocolo de Gestão de Casos. Este instrumento nos permite visualizar precocemente aqueles pacientes que demandarão elevada carga de recursos, e um previsível tempo de ocupação do leito prolongado. Por fim, a utilização destes dois parâmetros; a classificação por demanda de cuidados e a complexidade clínica destes pacientes, nos permitirá sua adequada alocação nas enfermarias, preservando a segurança do paciente e a transparência das condutas.

É necessário aos profissionais do NIR a habilidade de coordenar as atividades relacionadas ao fluxo dos pacientes, assegurando a compreensão e transparência do processo de transferência do paciente. Há a necessidade do compartilhamento das informações sobre as adequações necessárias, de modo a permitir que as equipes desempenhem a assistência da melhor forma possível. O profissional do NIR que estiver viabilizando a transferência do paciente deverá realizar análise criteriosa do prontuário do paciente, atentando para observações e registros realizados pela equipe assistencial, e sempre que necessário a avaliação a beira de leito a fim de dirimir dúvidas sobre melhor alocação para o paciente.

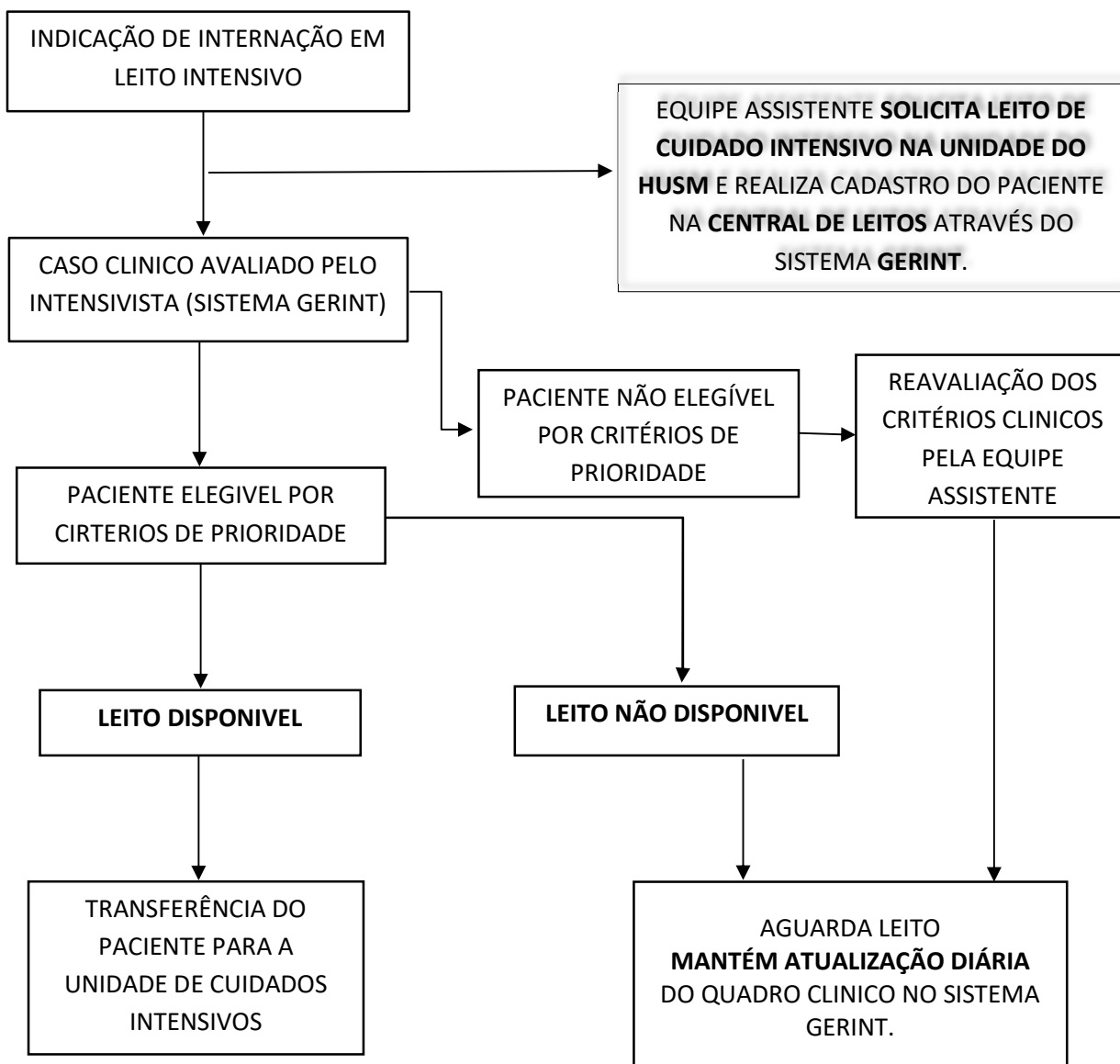
A função de gestão do fluxo pode ser assumida por vários profissionais do NIR conforme as características de cada transferência ou situação. O conhecimento da situação significa que todos os envolvidos estão cientes das condições e das necessidades de se fazer a transferência de forma segura para o paciente.

FLUXO DE PACIENTES COM DESTINAÇÃO PARA LEITOS EM ENFERMARIAS

ALGORÍTMO DE TRIAGEM DE PACIENTES:



FLUXO DE PACIENTES COM INDICAÇÃO E SOLICITAÇÃO DE LEITOS PARA CUIDADOS INTENSIVOS (ORIUNDOS DO PS, RPA OU ENFERMIARIAS)



**POP - INTERNAR PACIENTE COM INDICAÇÃO DE CUIDADO INTENSIVO
(ORIUNDOS DO PS, RPA OU ENFERMARIAS)**

	AÇÃO	RESPONSÁVEL	PROCESSOS
1	SOLICITAR leitos de cuidado intensivo.	Médico Assistente	Contato telefônico com unidade intensiva com solicitação de leito. Cadastro na central de Leitos via GERINT.
2	RECEBER solicitação de internação.	Medico Intensivista e GERINT	Medico Intensivista avalia de acordo com critérios de elegibilidade/prioridade, indica leito se disponível.
3	MANTER solicitação de internação em Unidade Intensiva	Médico Assistente	Na indisponibilidade de leito no HUSM, manter paciente em lista de espera no GERINT com ATUALIZAÇÃO DIÁRIA dos dados clínicos no sistema.
4	ENCAMINHAR documentação.	Médico Assistente	O médico assistente preenche informações completas no prontuário AGHU descrevendo condições de transferência.
5	RECEBER e organizar documentação.	Secretário do PS/RPA ou enfermaria de origem.	O secretário do serviço organiza a documentação clínica referente ao paciente que será transferido a Unidade Intensiva
6	COMUNICAR a unidade de transferência (PS ou enfermaria).	Enfermeiro da Unidade Intensiva.	No momento da confirmação do leito ocorre a comunicação entre o serviço que irá transferir o paciente e a unidade em que o paciente irá internar.
7	COMUNICAR a unidade de internação	Enfermeiro do PS/RPA ou enfermaria de origem.	No momento da confirmação do leito ocorre a comunicação entre o serviço que irá transferir o paciente e a unidade em que o paciente irá internar.
8	INFORMAR quadro clínico do paciente	Enfermeiros assistenciais.	O enfermeiro da unidade de origem entra em contato com o da unidade de destino para informar quadro clínico do paciente.
9	ENCAMINHAR documentos	Secretário do PS/RPA ou enfermaria de origem.	Encaminhar os documentos referentes à transferência do paciente.
10	TRANSPORTE interno.	Enfermeiro da unidade de origem define as condições do paciente e necessidades de manejo.	Seguir protocolo do Fluxo do Transporte Interno do Paciente (FLGERAL1).

11	RECEBER paciente e acomodar no leito.	Equipe multiprofissional da Unidade Intensiva	Equipe multiprofissional avalia e presta a assistência de cuidados intensivos ao paciente.
----	--	--	--

POP - TRANSFERIR PACIENTE COM INDICAÇÃO DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO PARA LEITOS DE ENFERMARIA

	AÇÃO	RESPONSÁVEIS	PROCESSOS
1	VISUALIZAR vagas existentes em leitos de cuidado nas enfermarias.	NIR/Gestão de Leitos.	Visualizar o censo diário dos pacientes, via AGHU. Contato telefônico com equipe médica assistente, enfermeiro ou secretário de cada unidade de internação, obtendo informações de leitos vagos e altas prováveis.
2	RECEBER solicitação das prioridades de transferências/internações.	NIR/Gestão de Leitos.	Obter informações sobre possibilidades de alta em unidades de cuidados intensivos e salas de recuperação (prioridades na alocação dos leitos).
3	AVALIAR demanda de leitos para internações ELETIVAS.	NIR/Gestão de Leitos.	Obter informações sobre necessidades de leitos a partir da Planilha de Solicitações de Leitos Eletivos.
4	AVALIAR possíveis transferências de acordo com o algoritmo de triagem.	NIR/Gestão de Leitos.	O profissional do NIR analisa o conjunto de pacientes que aguardam transferências e segundo critérios: idade e portadores de necessidades especiais (conforme legislação), tempo de permanência, classificação segundo necessidade de cuidados e complexidade clínica.
5	INDICAR transferências a serem efetuadas às unidades de destino.	NIR/Gestão de Leitos.	O profissional do NIR entra em contato com o enfermeiro e/ou secretária da Unidade para informar as transferências.
6	COMUNICAR o leito e unidade de internação para a unidade de origem.	NIR/Gestão de Leitos.	No momento da confirmação do leito o NIR/Gestão de Leitos comunica ao enfermeiro da unidade de origem o leito e a unidade em que o paciente irá internar.
7	COMUNICAÇÃO sobre as condições de transferência.	Enfermeiros assistenciais.	No momento da liberação do leito ocorre a comunicação entre o serviço que irá internar o paciente e a unidade em que irá transferir.
8	REALIZAR a transferência para leito de unidade.	Enfermeiros assistenciais.	A equipe de enfermagem recebe e acomoda o paciente no leito.
9	EFETIVAÇÃO da transferência.	Secretário Administrativo.	O secretário realiza a transferência/internação no sistema AGHU.

Como última etapa da jornada do paciente dentro do ambiente hospitalar, a alta não deve tornar-se um obstáculo ao fluxo, limitando a admissão de pacientes que aguardam em diversos pontos de cuidado no hospital. O processo de alta se constitui em evento regulador do fluxo de pacientes no hospital, e a sua eficiência tem impacto significativo sobre o fluxo geral de pacientes.

Incluem-se na definição de alta hospitalar todos os processos e recursos imprescindíveis para a adequada transição do paciente entre níveis de cuidado diferentes. Em uma jornada de paciente típica, a preparação para alta se inicia de forma reativa, apenas quando o paciente já está clinicamente apto a deixar o hospital. Neste formato, tarefas demoradas, como capacitação de cuidador, ajuste de medicação, agendamento de consultas e organização do transporte começam apenas quando o paciente pode sair com segurança e, portanto, inevitavelmente causa atrasos.

Notadamente as equipes assistenciais dispõem baixa prioridade para as tarefas de alta. É provável que a alta carga de pacientes e incentivos orientados para a internação impeçam que as equipes médicas se concentrem na alta com eficiência. A relutância das equipes em se concentrar na alta, seja devido à baixa prioridade ou percepção de futilidade, não pode ser resolvida com determinações como: utilização de horário padrão para a prescrição da alta médica e anotação de previsão de uma data confiável para a alta.

Mudanças nos processos de alta hospitalar, como previsão de uma data confiável para a alta, exigem uma nova abordagem para prepará-la, como ações para a identificação precoce das necessidades do paciente, com o intuito de concluir algumas tarefas de preparação de alta no início da permanência do paciente.

O NIR atua incrementando processos de antecipação de necessidades do paciente e determinação de ações que garantam que a preparação para a alta comece de forma proativa, antes que o paciente esteja clinicamente apto a deixar o hospital.

A gestão ou planejamento da alta hospitalar objetiva: a criação de padrões de referência para as atividades de alta, implementar melhorias de segurança do paciente e qualidade nos serviços; facilitar as transferências; a criação de um fluxo contínuo, evitando atrasos, desperdícios e filas de espera no hospital.

Cabe aos profissionais do Núcleo Interno de Regulação (NIR) apoiar a gestão de altas, propondo melhorias nos processos e noções de gestão de fluxo na rede de atenção à saúde. Este momento de comunicação proporciona a identificação precoce das necessidades do paciente, e a instituição de ações e responsabilidades para sua provisão, antecipando e dirimindo obstáculos ao fluxo na jornada do paciente.

São propostas às equipes assistenciais como objetivos e tarefas relacionados à gestão de altas:

14.3.1. Participar dos rounds de discussão clínica, trazendo informações sobre os pacientes sob sua assistência. Organizando as atividades descritas a seguir:

1. Revisar anamnese - nota de internação com profissional identificado.
2. Promover contato de equipe assistente com enfermagem e equipe multiprofissional.
3. Incentivar nota de alta com alta segura.
4. Promover privacidade dos pacientes.
5. Incentivar PTS de pacientes com risco de alta permanência e abordado por várias equipes.
6. Revisar utilização de protocolo de sepse e cuidado paliativo.
7. Revisar realização de avaliação pré-anestésica.
8. Verificar presença de rotina de internação padronizada.
12. Promover processo de transferência de cuidados entre unidades.
13. Identificar indicadores de melhorias de processos.
14. Identificar perfil epidemiológico.

14.3.2. Otimizar a comunicação entre as equipes envolvidas, potencializando a antecipação da provisão dos recursos necessários para o paciente.

14.3.3. Promover a cultura de previsão de uma data confiável para a alta hospitalar. Previsão responsável da data – revisão da previsão de data conforme variações no quadro clínico do paciente. A curto prazo, esta informação deverá ser perseguida como indicador, com possibilidade do uso de gestão visual. É proposto às equipes de enfermagem acrescentar aviso na beira do leito com informações a respeito de previsão de alta hospitalar

14.3.5. Incentivar o cumprimento da determinação de horário padrão para a prescrição diária das altas médicas.

REFERÊNCIAS

ANVISA. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

ANVISA. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC nº 07 de 24 fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.415, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital dia. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, nº. 58, 26 de março de 1998. Seção 1, p. 106.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 44, de 12 de janeiro de 2001. Aprovar no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência - Hospital Dia. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, nº. 9, 12 de janeiro de 2001. Seção 1, p. 27-29.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 312, de 02 de maio de 2002. Estabelece, para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar constante do Anexo desta Portaria. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, nº. 83, 02 de maio de 2002. Seção 1, p. 62-64.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, nº 241, 16 de dezembro de 2011. Seção 1, p. 118-119.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as Página 20 de 24 - diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, nº. 91, 11 de maio de 2002. Seção 1, p. 138-140.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, nº. 253, 31 de dezembro de 2013. Seção 1, p. 54-57.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, nº 5, 08 de janeiro de 2015. Seção 1, p. 30-35.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 01 de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, nº. 189, 02 de outubro de 2015. Seção 1, p. 38.

BRASIL. Ministério da Saúde- Portaria 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.

PORTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.

Manual CHC Produto 7. Modelo de Gestão da Oferta

Manual AGHU, Módulo Internação.

Manual AGHU Manual do Usuário

Portaria nº 312, de 30 de abril de 2002.

Desenvolvimento e implantação de dispositivos de gestão no âmbito da EBSEH/matriz dos Hospitais Universitários Federais

Gerencia de Atenção a Saúde - GAS procedimento operacional Padrão Núcleo Interno de Regulação – NIR

ANEXOS

Anexo 01: Classificação de Leitos segundo a Tipologia

Leitos Gerais	Considerado Leito Hospitalar de Internação?	Considerado no Censo Hospitalar ?
1. Leitos de Internação		
1.1 Leito Clínico	Sim	Sim
1.2 Leito Cirúrgico	Sim	Sim
1.3 Leitos Pediátrico		
1.3.1 Leito Pediátrico Clínico	Sim	Sim
1.3.2 Leito Pediátrico Cirúrgico	Sim	Sim
1.4 Leitos Obstétricos		
1.4.1 Leito Clínico Obstétrico	Sim	Sim
1.4.1.1 Quarto PPP	Sim	Sim
1.4.2 Leito Cirúrgico Obstétrico	Sim	Sim
2. Leitos Complementares de Internação		
2.1 Leito de Isolamento	Sim	Sim
2.2 Leito de Isolamento Reverso	Sim	Sim
2.3 Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)		
a) Unidade de Terapia Intensiva - Adulto	Sim	Sim
b) Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	Sim	Sim
c) Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P)	Sim	Sim
d) Unidade de Terapia Intensiva Coronariana – UCO	Sim	Sim
e) Unidade de Terapia Intensiva de Queimados – UTIQ	Sim	Sim
2.4 Leitos de Unidade de Cuidado Intermediário – UCI		
a) Unidade De Cuidado Intermediário Adulto UCI-A	Sim	Sim
b) Unidade De Cuidado Intermediário Pediátrico UCIPed	Sim	Sim
c) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal- UCIN	Sim	Sim
c.1) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional – UCINCO	Sim	Sim
c.2) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru – UCINCA	Sim	Sim
3. Leito Hospital Dia	Sim	Não

4. Leito de Observação

4.1 Leito de Recuperação Pós-Anestésica (RPA)	Não	Não
4.2 Leito de Apoio para Procedimentos Diagnósticos e/ou Terapêuticos	Não	Não
4.3. Leito de Urgência e Emergência	Não	Não
4.4. Leito de Pré-Parto	Não	Não
