

Boletim de Serviço

Nº 54, 08 de janeiro de 2018

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - HUSM**

Avenida Roraima, nº 1000, Prédio 22,
Campus da UFSM, Bairro Camobi, Santa Maria – RS
Telefone: (55) 3213-1411 | Site: www.husm.ufsm.br

JOSÉ MENDONÇA BEZERRA FILHO

Ministro de Estado da Educação

KLEBER DE MELO MORAIS

Presidente

PAULO HENRIQUE BEZERRA RODRIGUES COSTA

Diretor Vice-Presidente Executivo

ELAINE VERENA RESENER

Superintendente

JOÃO BATISTA DE VASCONCELLOS

Gerente Administrativo

SOELI TERESINHA GUERRA

Gerente de Atenção à Saúde

BEATRIZ SILVANA DA SILVEIRA PORTO

Gerente de Ensino e Pesquisa

SUMÁRIO

SUMÁRIO

SUPERINTENDÊNCIA.....	04
PORTARIA.....	04
Portaria nº 001 de 03 de janeiro de 2018.....	04
SETOR DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	05
DIRETRIZES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL	05
Gestão de Arquivo e Documentação Clínica.....	05

SUPERINTENDÊNCIA

PORTARIAS

Portaria nº 001, de 03 de janeiro de 2018

A SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, da Universidade Federal de Santa Maria, filial da Ebserh, ELAINE VERENA RESENER 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 – EBSERH, publicada no Diário Oficial da União, em 04 de fevereiro de 2014 e atendendo a determinação da Resolução nº 22/2005 – CONARQ. Resolve:

Art. 1º DESIGNAR os servidores abaixo relacionados, sob a presidência do primeiro, para comporem a **Comissão Permanente de Avaliação de Documentos** do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, com finalidade de assessorar o HUSM nas ações e procedimentos referente à avaliação documental e mais especificamente orientar e realizar a análise, avaliação e seleção de documentos produzidos e acumulados nas unidades e subunidades da Instituição.

Médica Stela Karine Braun – SIAPE 1188194

Médico Humberto Moreira Palma – SIAPE 1565651

Assistente em Administração Celso Antonio Pivetta– SIAPE 1477006

Assistente em Administração Fabiana Elisabete de Moura – SIAPE 2159752

Assistente em Administração Gustavo Benetti – SIAPE 1844721

Assistente em Administração Salete Londero Godói Dias – SIAPE 378733

Advogado Cláudio Maldaner Bulawski – SIAPE 2159717

Técnico em Mecânica Emerson Alexandre Mortari – SIAPE 1090391

Art. 2º Revogar a Portaria nº 148/2016, de 07 de dezembro de 2016, da Superintendência do HUSM.

SETOR DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

DIRETRIZES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Gestão do Processo de Internação

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.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	8
2. OBJETIVO.....	8
3. ALCANCE.....	8
4. ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SETOR	9
5. ATRIBUIÇÕES DA UNIDADE DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL/INTERNAÇÃO.....	9
6. RESPONSABILIDADES	9
6.1 EQUIPE DE GOVERNANÇA DO HOSPITAL	9
6.2 SERVIÇOS CLÍNICOS	10
6.3 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR.....	10
7. DEFINIÇÕES E CONCEITOS.....	11
8. NOMENCLATURAS DE LEITOS (Manual SPA/CRACH/DAS nº 1/2017)	12
8.1 LEITO DE INTERNAÇÃO.....	12
8.1.1 Leito Clínico.....	12
8.1.2 Leito Cirúrgico.....	13
8.1.3 Leito Obstétrico.....	13
8.1.4 Leito Pediátrico	14
8.2 LEITOS COMPLEMENTARES DE INTERNAÇÃO	14
8.2.1 Leito de Isolamento.....	14
8.2.2 Leito de Isolamento Reverso.....	15
8.2.3 Leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	15
8.2.4 Leito de Unidade de Cuidado Intermediário (UCI).....	16
8.3 LEITO HOSPITAL DIA.....	17
8.4 LEITO HOSPITALAR DE OBSERVAÇÃO	17
8.4.1 Leito de Recuperação Pós-Anestésica (RPA)	17
8.4.2 Leito de Apoio para Procedimentos Diagnósticos e/ou Terapêuticos.....	17
8.4.3 Leito de Urgência e Emergência	18
8.4.4 Leito de Pré-Parto.....	18
9. CLASSIFICAÇÃO DO LEITO DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES DE USO	18
9.1 LEITO DE INTERNAÇÃO ATIVO (OPERACIONAL).....	18
9.2 LEITO BLOQUEADO	18
9.3 LEITO EXTRA PARA INTERNAÇÃO	18
9.4 LEITOS DESATIVADOS	18
9.5 LEITOS INATIVOS	18
9.6 LEITO EM ATENÇÃO DOMICILIAR	19
9.7 LEITOS PLANEJADOS.....	19

10 CENSO HOSPITALAR.....	19
11 INDICADORES HOSPITALARES	20
11.1 TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR (TxO).....	20
11.2 MÉDIA DE PERMANÊNCIA (MP)	21
12 PROCESSO DE INTERNAÇÃO	21
12.1 RECEPÇÃO DO PACIENTE QUE INTERNA	21
12.1.1 Procedimento da Equipe de Enfermagem	22
12.1.2 Procedimento da Equipe Médica.....	22
12.2 RECEPÇÃO DO PACIENTE QUE INTERNA ORIUNDO DE OUTRO CENTRO OU HOSPITAL	23
12.3 DIREITOS DOS PACIENTES INTERNADOS.....	23
12.4 DEVERES DOS PACIENTES INTERNADOS	24
12.5 SOLICITAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	24
12.6 ATENDIMENTO NA INTERNAÇÃO	24
12.7 ALTA DO PACIENTE	25
12.7.1 Responsáveis	25
12.7.2 Registro do Processo de Alta	25
12.7.3 Documentos Necessários para a Alta Hospitalar	26
12.7.4 Tipos de altas.....	26
12.7.5 Visitantes.....	27
12.7.6 Acompanhantes	29
13 GESTÃO DE LEITOS	31
13.1 ASPECTOS GERAIS DA GESTÃO DE LEITOS	31
13.2 SISTEMA DE ALERTAS DO MÓDULO DE INTERNAÇÃO	31
13.3 VANTAGENS DO USO DO MÓDULO INTERNAÇÃO NO SISTEMA AGHU	32
13.4 MECANISMOS DE GESTÃO DE LEITOS	32
13.5 CRITÉRIOS GERAIS DE ATRIBUIÇÃO DE LEITOS	32
14 DESCRIÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO.....	33
14.1 INTERNAR PACIENTE ELETIVO	33
14.2 INTERNAR PACIENTE POR TRANSFERÊNCIA EXTERNA	34
14.3 TRANSFERIR PACIENTE INTERNO.....	35
14.4 TRANSFERIR PACIENTES VIA CENTRAL DE LEITOS /HOSPITAIS DE RETAGUARDA/ INSTITUIÇÕES DE ORIGEM	35
14.5 REGISTRAR ALTA HOSPITALAR	36
REFERÊNCIAS	38
ANEXOS.....	40
Anexo 01: Classificação de Leitos segundo a Tipologia	40

1. APRESENTAÇÃO

As diretrizes da internação é uma compilação sistemática de instruções com um formato padrão para que sirva como um adequado valor de referência.

É um conjunto detalhado de instruções para executar uma sequência de ações que ocorrem com frequência, em outras palavras é um plano permanente que contém orientações detalhadas para lidar com as ações que ocorrem na maioria das vezes em uma organização.

O manual de procedimentos é um documento que contém de forma ordenada e sistemática, informações e instruções sobre políticas e processos organizacionais em uma organização e que são considerados essenciais para o bom desempenho do trabalho dos membros da organização.

A importância da atualização e elaboração desta Diretriz é que poderá ser constantemente atualizado e deverá:

- ✓ Identificar e desenvolver os processos de trabalho nas respectivas áreas.
- ✓ Identificar os problemas que afetam o desenvolvimento das atividades e tarefas.
- ✓ Identificar controles existentes e propor melhorias ou alterações neles.
- ✓ Saber como as atividades são regulamentadas em cada área de trabalho.

O processo de Internação está baseado nos seguintes princípios:

- ✓ Permitir a programação de atividades e a otimização dos recursos.
- ✓ Possibilitar a gestão operacional dos leitos permitindo realizar em tempo real atuações sobre as mesmas.
- ✓ Facilitar ao paciente a realização de trâmites administrativos proporcionando-lhe canais simples e integrais.
- ✓ Obter informação em tempo real da ocupação dos leitos hospitalares.
- ✓ Melhorar a comunicação entre os profissionais do hospital, desde o papel destacado da equipe de enfermagem no processo.
- ✓ Facilitar a continuidade assistencial do paciente melhorando a comunicação entre níveis assistenciais (Primeiro Nível e Hospital).

2. OBJETIVO

Estabelecer critérios homogêneos para uma adequada gestão do processo de internação (nos Hospitais da EBSERH) no HUSM.

3. ALCANCE

Destina-se a sistematização das principais atividades e tarefas desenvolvidas por este serviço na realização das suas funções rotineiras.

Aplica-se a todos os processos de internação urgente ou eletiva como a causa de sua patologia.

Compreende o ato de identificação e o processo de entrada do paciente na estrutura hospitalar, à alta de internação.

4. ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SETOR

A Unidade de Regulação Assistencial/Internação é formada pelo Chefe da Unidade Assistencial e os funcionários administrativos dos diversos pontos de atendimento.

5. ATRIBUIÇÕES DA UNIDADE DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL/INTERNAÇÃO

- ✓ Planejar, coordenar, executar, supervisionar as atividades desenvolvidas pelo Serviço de Internação, possibilitando a integração da equipe com os demais setores envolvidos na prestação do serviço ao usuário;
- ✓ Estabelecer normas técnicas de funcionamento com a finalidade de uniformizar os procedimentos para melhor prestação de serviços aos usuários;
- ✓ Elaborar, implantar e avaliar manuais técnicos, regimento interno, as normas e rotinas de serviço de regulação da internação, revisando-as quando necessário, visando à melhoria do apoio prestado a área assistencial e administrativa;
- ✓ Efetuar, diariamente, registros ou ocorrências dos fatos julgados merecedores de documentação;
- ✓ Cumprir, fazer cumprir e conhecer as exigências legais referentes ao regimento interno, as normas e rotinas do serviço;
- ✓ Zelar pela clareza, exatidão e correto preenchimento dos dados cadastrais dos usuários nos prontuários, bem como pela guarda, conservação, ordenação, manutenção e controle dos mesmos;
- ✓ Manter-se integrado com todos os serviços do hospital, com a finalidade de prestar um serviço humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde;
- ✓ Zelar pela observância do sigilo das informações contidas no prontuário do paciente e pela manutenção dos padrões éticos do hospital;
- ✓ Exercer outras atividades correlatas, especialmente as que lhe forem atribuídas pela Governança.
- ✓ Responder de forma ágil as demandas oriundas da ouvidoria, apurando todos os fatos envolvidos de forma a aprimorar os serviços prestados aos usuários.

6. RESPONSABILIDADES

6.1 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.
- ✓ 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.

6.2 SERVIÇOS CLÍNICOS

- ✓ Planejar a atividade de seu serviço.
- ✓ Gerir operacionalmente a 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 das patologias mais frequentes.
- ✓ Colaborar com o Serviço de Regulação na gestão dos leitos informando os pacientes que serão cadastrados em datas próximas (pré-altas) preenchendo os documentos de inclusão em lista de espera, quando necessário.
- ✓ Elaborar os relatórios clínicos de alta dos pacientes.
- ✓ Preencher os documentos de Internação e de Alta do Hospital.

6.3 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR

- ✓ Gerir os pacientes que requeiram uma internação hospitalar.
- ✓ Propor a atribuição de leitos aos serviços clínicos.
- ✓ Gerir o registro centralizado dos pacientes pendentes de internação e, portanto, de todas as atividades relacionadas com o mesmo.
- ✓ Proporcionar informação sobre a evolução da demanda para o planejamento, gestão e tomada de decisões.
- ✓ Difundir a informação do censo e da atividade assistencial à equipe de enfermagem e aos serviços médicos.
- ✓ Fornecer o prontuário do paciente, bem como garantir a confidencialidade dos dados neles contidos.
- ✓ Gestão de internações programadas: Planejamento
- ✓ Registro de internações
- ✓ Gestão de leitos e autorização de transferências internas
- ✓ Acompanhar a programação de pré-altas.
- ✓ Controle do Censo de Leitos
- ✓ Gestão de Transferência outros Centros (Referência, Contratados)
- ✓ Justificações de Internações (Requeridos pelo Gestor)
- ✓ Controle de Falecimentos (documentação)

- ✓ É, com caráter geral, a referência dos pacientes para todos os aspectos administrativos de acesso à Internação.

7. 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: Realiza-se exclusivamente do âmbito ambulatorial e pode ser para a realização de uma intervenção cirúrgica, um exame diagnóstico ou um procedimento terapêutico. São pacientes com solicitação de internação prévia.

Internação urgente ou direta: É uma internação sem solicitação de internação prévia e que se realiza da unidade de regulação (Admissão) de Urgências.

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: É um conjunto de atividades realizadas por uma equipe multiprofissional ao longo da internação, desde a admissão até o momento da alta, a fim de solucionar e facilitar o processo de alta hospitalar, assegurando as condições necessárias para a autonomia do usuário e a continuidade da assistência.

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

Desistência do tratamento: É a saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor 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 de um paciente de uma unidade de internação para outra dentro do mesmo hospital. O paciente não recebe alta e não é realizada nova internação, ou seja, toda a permanência de um paciente dentro de um hospital corresponde a uma única internação.

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. Combinada com a regulação permite planejar a atribuição de leitos.

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

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

Os leitos hospitalares são classificados em:

8.1 Leito de Internação;

8.2 Leito Complementar de internação;

8.3 Leito de Hospital Dia; e

8.4 Leito de Observação.

8.1 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 os 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:

8.1.1 Leito Clínico;

8.1.2 Leito Cirúrgico;

8.1.3 Leito Obstétrico; e

8.1.4 Leito Pediátrico.

8.1.1 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, Nefrorologia, 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.

8.1.2 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.

8.1.3 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 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 cesáreo; 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.

8.1.4 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.

8.2 LEITOS COMPLEMENTARES DE INTERNAÇÃO

São leitos de internação destinados a pacientes que necessitam de assistência especializada exigindo características especiais, tais como: as unidades de isolamento, isolamento reverso e as unidades de tratamento intensiva e semi-intensiva.

Os leitos complementares de internação são classificados em:

- 2.2.1 Leito de Isolamento;
- 2.2.2 Leito de Isolamento Reverso;
- 2.2.3 Leito de Cuidados Intensivos (UTI); e
- 2.2.4 Leito de Cuidados Intermediários (UCI).

8.2.1 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.

8.2.2 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.

8.2.3 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.

8.2.4 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.

8.3 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.

8.4 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:

8.4.1 Leitos de Recuperação Pós-Anestésica (RPA);

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

8.4.3 Leitos de Urgência e Emergência; e

8.4.4 Leitos de Pré-Parto.

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

8.4.1 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.

8.4.2 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.

8.4.3 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.

8.4.4 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.

9. CLASSIFICAÇÃO DO LEITO DE INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES DE USO

9.1 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.

9.2 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.

9.3 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.

9.4 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.

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.

9.5 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.

9.6 LEITO EM ATENÇÃO DOMICILIAR

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

9.7 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.

10 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.

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 EBSERH 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.

Ações preparatórias

- ✓ Elaborar estratégias de divulgação desta diretriz dentro do HUF; e
- ✓ 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.

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; e

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;
- ✓ 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; e
- ✓ 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.

11 INDICADORES HOSPITALARES

11.1 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:

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

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.

11.2 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:

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

12 PROCESSO DE INTERNAÇÃO

O procedimento de internação e alta deve orientar-se para garantir a equidade aos pacientes no acesso, evitar incômodos, assegurar a disponibilidade de leitos para as internações urgentes e para as internações programadas na data prevista da intervenção cirúrgica, bem como agilizar o processo administrativo.

As internações podem ser urgentes ou eletivas. As urgentes serão as solicitadas pelo médico plantonista que atendeu um paciente no pronto socorro e avaliou que necessita de internação.

Todas as solicitações de internações deverão ser encaminhadas ao NIR para disponibilização do leito. A documentação (formulários necessários) será fornecida pelo médico assistente.

O serviço de internação para todas as reservas previstas solicitará os Prontuários Médicos ao Arquivo.

Durante a internação ou na alta do paciente o familiar poderá pedir uma justificativa da internação.

O paciente poderá solicitar diretamente ao médico um atestado médico com o motivo e o período da internação.

O paciente e o familiar poderão solicitar um comprovante de internação no serviço de internação do hospital. Neste comprovante somente aparecerá o período de internação.

12.1 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.

Devem realizar o cadastro de inclusão do usuário no sistema AGHU ou atualizar todos dados cadastrais, em especial os contatos telefônicos. Realizar o processo de internação do 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 assinatura do paciente ou responsável nos termos. Uma vez finalizado o registro, o paciente será encaminhado para a unidade de internação onde será recebido e encaminhado ao quarto ou enfermaria pela equipe de Enfermagem.

A Enfermeira anotará todos os dados como: nível de consciência, estado emocional, integridade da pele e mucosas, alergias medicamentosas, hidratação, aceitação de dieta, presença de cateteres e drenos, etc, e aplicará a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), realizando todas as fases, conforme consta na Resolução nº 358/2009 do COFEN. Após, será solicitado ao Técnico de Enfermagem que acompanhe o paciente até o local de internação (leito).

No caso de identificar alguma observação relevante para melhor cuidado do paciente, anotará no campo do AGHU específico para isto.

12.1.1 Procedimento da Equipe de Enfermagem

1. Receber o paciente cordialmente,
2. Acompanhar o paciente ao leito, auxiliando-o a deitar e dando-lhe todo o conforto possível;
3. Apresentá-lo aos demais pacientes do seu quarto ou enfermaria;
4. Orientar o paciente em relação à: localização das instalações sanitárias; horários das refeições; modo de usar a campainha; nome do médico e da equipe de enfermagem;
5. Explicar o regulamento do hospital quanto à: fumo; horário de repouso; horário de visita;
6. Os pertences do paciente devem ser entregues à família no ato da admissão, se não for possível, colocá-los em um saco e grampear, identificando com um impresso próprio e encaminhar para a sala de pertences;
7. Preparar o paciente em relação aos exames a que será submetido, a fim de obter sua cooperação;
8. Fornecer roupa do hospital, se a rotina da enfermeira não permitir o uso da própria roupa;
9. Verificar temperatura, pressão arterial, pulso e respiração, proceder ao exame físico;
10. Anotar no relatório de enfermagem a admissão;

12.1.2 Procedimento da Equipe Médica

1. Internar e assistir seus pacientes no hospital, respeitadas as normas técnicas da instituição, determinando o tempo de permanência do paciente.
2. É de responsabilidade do médico assistente, prescrever tratamento ou procedimentos, realizar o exame direto do paciente, sendo portanto necessário que haja pelo menos uma visita diária para

avaliação e prescrição dos pacientes hospitalizados, mantendo uma boa relação com os pacientes e familiares.

3. A alta-hospitalar é prerrogativa do médico que assiste o paciente em concedê-lo ou não. A decisão deve ser tomada de acordo com os ditames éticos e legais. O médico deve realizar a solicitação de alta do paciente quando, de acordo com sua avaliação técnica, existe a condições para tal. Deve preencher o sumário de alta no AGHU, imprimir, assinar e carimbar, bem como providenciar as receitas e encaminhamentos necessários.

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

Os Serviços solicitantes entrarão em contato com o NIR que direcionará a equipe responsável pela especialidade para avaliação do pedido.

A enfermeira do NIR fará a comunicação ao serviço solicitante do aceite ou não do paciente. No caso de não haver a disponibilidade do leito ou a impossibilidade técnica para tal deverá aguardar nova busca de vaga. Caso haja a disponibilidade do leito é confirmado o aceite.

A enfermeira do NIR comunicará o serviço de internação e a unidade que irá receber o paciente. O serviço de internação comunicará a enfermeira do NIR quando o paciente internar.

12.3 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.

12.4 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;

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.

12.5 SOLICITAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Será o médico assistencial o responsável por preencher o Laudo médico para solicitação da Internação no momento da internação.

Todas as internações necessitam da AIH – Autorização Internação Hospitalar - para serem faturadas. 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. Esta autorização deve retornar ao HUSM, no máximo até 72 horas do início da internação do paciente.

Para pacientes com cirurgia eletiva, o serviço de gestão da lista de espera solicitará que o paciente venha com a autorização (AIH) antes de ser internado. Não se internarão pacientes com programação cirúrgica eletiva sem esta autorização.

12.6 ATENDIMENTO NA INTERNAÇÃO

A internação do paciente só poderá ser feita sob a responsabilidade de um médico cadastrado no HUSM.

Durante a internação os profissionais envolvidos no processo deverão preencher corretamente todos os dados, exames, procedimentos, prescrições no sistema AGHU. Os exames são solicitados via AGHU e são programados pelos serviços através do painel de exames, e comunicados a unidade correspondente.

No caso em que o médico que solicitou os exames não concordar com a data prevista, deverá ligar diretamente ao prestador de serviço.

As equipes multiprofissionais verificarão as situações que necessitem de particular atenção durante a internação.

12.7 ALTA DO PACIENTE

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

A alta médica hospitalar, como o próprio termo diz, é prerrogativa do médico. No momento que o médico indicar uma data de alta, este marcará no AGHU a pré-alta.

12.7.1 Responsáveis

Equipe Multiprofissional (Médicos, Enfermagem, Assistentes Sociais, Setor de Regulação Assistencial e Hotelaria).

12.7.2 Registro do Processo de Alta

- O médico assistente faz 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.
- Médico na programação de alta do paciente, potencializa as discussões com as equipes, para um melhor planejamento e programação da alta, preenche o sumário de alta no AGHU, imprime, assina e carimba, bem como providencia as receitas e encaminhamentos necessários.
- Secretário administrativo e NIR organizam as altas;
- O Médico assistente e a enfermeira responsável fazem o levantamento de necessidades do usuário e encaminha as demandas para a equipe multiprofissional.
- A equipe de enfermagem verifica no prontuário as medicações ou outros tratamentos a serem feitos antes da saída do paciente;
- O Serviço Social e secretário administrativo da unidade de internação faz contato com a família, para informar sobre a alta, agendar e verificar a necessidade ou não de transporte e como será transportado.

- A equipe de enfermagem orienta devidamente o paciente e seus familiares sobre cuidados domiciliares e continuidade do tratamento quando necessário, auxiliando-o a vestir-se reunindo as roupas e objetos pessoais e medicamentos do paciente;
- O secretário informa no sistema AGHU a saída do paciente e o leito fica com o status – “Leito em limpeza”. 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 e do término da higienização do leito.
- A equipe da limpeza é responsável pela higienização e preparo do leito.
- A equipe de enfermagem supervisiona o término da higienização e prepara a equipe da unidade para receber um novo paciente.
- A equipe de higienização marca no sistema AGHU o leito limpo.
- Secretário da unidade informa o NIR a disponibilidade do leito.
- Na ausência do secretário, o Enfermeiro de referência da Unidade será o responsável por informar no sistema AGHU e comunicar o NIR da saída do paciente.
- O NIR dará destino ao leito.

12.7.3 Documentos Necessários para a Alta Hospitalar

- Sumário de alta médica, com o detalhamento da situação clínica, medicações, orientações referentes aos cuidados necessários.
- 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 pós-alta, solicitará retorno pós-alta e esta será agendada pela central de marcação de consulta do HUSM.
- Orientações (impressas) das demais áreas profissionais necessárias para a continuidade do cuidado, como: Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudióloga e outros;
- Assinatura legível (carimbo) pelos responsáveis das informações e nota de alta.

12.7.4 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 faz contato prévio com o hospital para solicitar a vaga para transferência do paciente. O transporte sanitário para o traslado será providenciado pela assistente social e/ou secretária da unidade. O paciente será transferido no momento que o centro receptor comunica a disponibilidade de leitos.

Evasão: É a saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado. Nestes casos o médico, a enfermagem e a secretária devem realizar o registro adequado no sistema AGHU.

Desistência do tratamento: É a saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor 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. Neste caso o paciente ou responsável deverá assinar documentação assumindo a responsabilidade da sua decisão e o médico e a secretária devem realizar o registro adequado no sistema AGHU.

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

12.7.5 Visitantes

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

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

As visitas serão realizadas nos horários estabelecidos pelo hospital.

Em todas as unidades em que estão previstas visitas, permitir-se-á o acesso de até 02 (dois) visitantes por paciente.

Ao visitante será exigida (a) a identificação, mediante apresentação de documento oficial, com foto.

Só poderá adentrar no hospital mediante cadastro obrigatório no sistema AGHU.

A recepção da portaria realizará a identificação e coleta os dados pessoais do visitante através de documento de identificação com foto, avaliando se há alguma restrição previamente indicada pelo próprio paciente, pela família ou equipe assistencial.

Não havendo restrição é registrada sua entrada no hospital no Sistema de Controle de Acesso de Visitantes- AGHU e lhe é entregue o crachá ou cartão de identificação.

Após a entrega do crachá ou cartão de identificação, serão fornecidas as orientações de horários e condutas que o visitante deverá ter no hospital durante o horário da visita.

Ao término do período da visita, o visitante deverá devolver o crachá / adesivo na recepção, para liberação da entrada do próximo visitante;

O visitante menor de 12 anos de idade dependerá de autorização da Equipe Multiprofissional e deverá estar acompanhado pelo seu responsável legal.

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.

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.

Ala de espera de cirurgia no saguão frente ao bloco

02 acompanhantes por paciente.

Demais casos

Das 14h às 16h

12.7.6 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) Direito do acompanhante

- 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 pelo 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 - Todo acompanhante dos casos previstos em lei terá direito a receber 3 (três) refeições diárias.

c) Deveres do acompanhante

- I - Permanecer junto ao usuário, sempre com o crachá/etiqueta em local visível;
- II - Higienizar as mãos e/ou utilizar álcool gel antes e após prestar auxílio ao usuário e ao entrar e sair da enfermaria;
- III - Procurar o médico da equipe de saúde responsável, em caso de dúvidas sobre o tratamento.
- IV - Zelar pelo espaço da enfermaria;

d) Não é permitido ao acompanhante

- I - Portar sacolas, mochilas e malas;
- II - Entrar com gêneros alimentícios, bebidas e substâncias psicoativas e/ou ilícitas no Hospital;
- III - Transitar por enfermaria / unidade que não seja aquela autorizada, 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 insumos e equipamentos médicos hospitalares adquiridos as próprias custas durante tratamento de saúde de usuários internados no HUSM;

- VI - Comercializar objetos e/ou serviços no hospital;
- VII - Deitar ou sentar na cama do usuário internado;
- VIII - Fumar nas dependências e entorno do hospital;
- IX - Utilizar equipamentos eletrônicos, salvo individualmente, em modo silencioso e/ou com uso de fone de ouvido em todas as dependências do hospital;
- X - Entrar com aparelho de televisão, de som, ventiladores e equipamentos similares nas dependências do hospital sem autorização;
- XI - Lavar e secar roupas pessoais e/ou dos usuários nas dependências do HUSM.

13 GESTÃO DE LEITOS

13.1 ASPECTOS GERAIS DA GESTÃO DE LEITOS

Para a adequada implantação do módulo de Internação de AGHU, será necessário realizar alguns cadastros básicos, entre eles:

- ✓ **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.

13.2 SISTEMA DE ALERTAS DO MODULO DE INTERNAÇÃO

- ✓ Alerta azul indica que a permanência no leito foi ultrapassada (automática)
- ✓ Alerta rosa indica que o paciente é menor de 18 anos (automática)

- ✓ Alerta amarelo indica que há informações/observações a respeito do paciente, por exemplo: alérgico a algum medicamento; diabético; hipertenso, entre outros (informada por um profissional assistencial o do serviço social em o campo de observação)
- ✓ Alerta verde indica que o paciente terá alta em próximas horas

13.3 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.

13.4 MECANISMOS DE GESTÃO DE LEITOS

O NIR faz a busca ativa das necessidades de vagas e das existentes nas Unidades de internação. Posteriormente realiza a distribuição dos leitos. O enfermeiro do NIR comunica o Serviço de Internação e a Unidade que irá receber o paciente para internar informando o nome do paciente, a equipe médica responsável.

Quando não há leitos disponíveis deve-se internar o paciente pelo ícone “vagas por unidade”. Ao clicar, faça a pesquisa por clínica ou andar e em seguida aparecerão as unidades e as vagas. Vale ressaltar que mesmo quando não há leitos disponíveis em determinada unidade, pode-se internar.

13.5 CRITÉRIOS GERAIS DE ATRIBUIÇÃO DE LEITOS

O NIR durante o processo de atribuição de leitos hospitalares deve obedecer a critérios que foram estabelecidos respeitando as seguintes prioridades:

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.

2. Pacientes com alta da Recuperação anestésica

Pacientes procedentes de Urgências que sofreram intervenções cirúrgicas e que não tenham leito.

3. Pacientes com Ordem de Internação Urgente

Pacientes procedentes do PS não tenham leito.

4. Pacientes internados no Hospital e que requeiram transferência interna:

5. Pacientes procedentes de Lista de Espera (programados e ordem judicial)

14 DESCRIÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO

14.1 INTERNAR PACIENTE ELETIVO

	ATIVIDADE	PARTICIPANTES	PROCESSOS
1	RECEBER solicitação de internação	NIR	Realizar busca ativa das necessidades de vagas e das vagas existentes nas unidades
2	SOLICITAR Internação	Médico	No momento da confirmação do leito o médico preenche o Laudo Médico para Solicitação de Internação
3	ENCAMINHAR ao serviço de internação	Secretária/paciente	A secretária recebe a solicitação de internação
4	INFORMAR leito de internação	Enfermeiro do NIR	Enfermeiro do NIR informa ao serviço que solicitou a vaga, a disponibilidade do leito.
5	CONFIRMAR a internação	Serviço solicitante	Confirma a vinda do paciente para internação
6	COMUNICAR a efetivação da internação do paciente	Enfermeira do NIR	Comunica o profissional médico e de enfermagem da unidade a internação do paciente, informando o nome do paciente, prontuário caso já possua, equipe médica responsável e data e horário combinado com o paciente.
7	VERIFICAR/GERAR prontuário paciente	Secretária administrativa	A secretária localiza o paciente no AGHU e verifica se ele possui prontuário. Caso possui atualiza os dados cadastrais, em especial os contatos telefônicos. Caso não tenha realiza o cadastro. O AGHU gera um número de prontuário e um código para o paciente. Abre um prontuário físico. Dependendo da gravidade do paciente, os dados para cadastro poderão ser coletados com o acompanhante.
8	INTERNAR paciente	Secretária administrativa	A secretária realiza a internação no sistema AGHU. Imprime os termos e a pulseira de identificação. Informar ao paciente o que significa cada termo e solicitar assinatura do paciente ou responsável. Uma vez finalizado o registro, o paciente será encaminhado para a unidade de internação onde será recebido pela equipe de Enfermagem.
9	EFETIVAÇÃO da internação	Secretária administrativa	Comunica a enfermeira do NIR que a internação foi efetivada.
10	ACOMODAR paciente no leito	Enfermagem	A equipe de enfermagem recebe e acomoda o paciente no leito.

14.2 INTERNAR PACIENTE POR TRANSFERÊNCIA EXTERNA

	ATIVIDADE	PARTICIPANTES	PROCESSOS
1	SOLICITAR transferência	Médico da Unidade solicitante	Médico da unidade solicitante, Central de leitos faz contato com NIR via telefone ou Judicial através de processo solicitando a transferência para o HUSM
2	RECEBER solicitação de transferência	Núcleo Interno de Regulação	O NIR recebe solicitação de transferência e encaminha à equipe responsável pela especialidade solicitada.
3	AVALIAR perfil do paciente	Médico	A equipe responsável pela especialidade avalia o perfil clínico do paciente e aceita ou não.
4	ACEITAR paciente	Médico	Verifica a possibilidade técnica de aceitar o paciente e comunicar NIR
5	RECEBER solicitação de internação	NIR	Realizar busca ativa das necessidades de vagas e das vagas existentes nas unidades
6	CONFIRMAÇÃO do leito	NIR	Comunica o serviço solicitante a disponibilidade do leito
7	SOLICITAR Internação	Médico assistencial	No momento da confirmação do leito o médico preenche o Laudo Médico para Solicitação de Internação
8	COMUNICAR a efetivação da internação do paciente	Enfermeira	Comunica o profissional médico e de enfermagem da unidade a internação do paciente, informando o nome do paciente, prontuário caso já possua, equipe médica responsável e data e horário combinado para a transferência.
9	VERIFICAR/GERAR prontuário paciente	Secretária Administrativa	A secretária localiza o paciente no AGHU e verifica se ele possui prontuário. Caso possui atualiza os dados cadastrais, em especial os contatos telefônicos. Caso não tenha realiza o cadastro, gera um número através do AGHU. Dependendo da gravidade do paciente, os dados para cadastro poderão ser coletados com o acompanhante
10	INTERNAR paciente	Secretária Administrativa	A secretária realiza a internação no sistema AGHU. Imprime os termos e a pulseira de identificação. Informar ao paciente o que significa cada termo e solicitar assinatura do paciente ou responsável. Uma vez finalizado o registro, o paciente será encaminhado para a unidade de internação onde será recebido pela equipe de Enfermagem.
11	EFETIVAÇÃO da internação	Secretária Administrativa	Comunica a enfermeira do NIR que a internação foi efetivada.
12	ACOMODAR paciente no leito	Médico da Unidade Assistencial, Enfermagem.	Constatada a chegada do paciente, o enfermeiro e/ou médico recebem e acomodam o paciente no leito.

14.3 TRANSFERIR PACIENTE INTERNO

	ATIVIDADE	PARTICIPANTES	PROCESSOS
1	BUSCAR leitos	Enfermeiro do NIR	O enfermeiro do NIR faz busca ativa das necessidades de vagas e das existentes nas unidades de internação.
2	DISTRIBUIR leitos	Enfermeiro do NIR	Faz a distribuição dos leitos conforme o perfil dos pacientes
3	LIBERAR transferência do paciente	Enfermeiro do NIR	Uma vez que existe leito, o enfermeiro do NIR libera a transferência do paciente para a unidade de destino.
4	COMUNICAR a unidade de origem	Enfermeiro do NIR	Contata o enfermeiro da unidade de origem para informar a disponibilidade do leito para transferência
5	COMUNICAR a unidade de destino	Enfermeiro do NIR	Contata o enfermeiro da unidade de destino para informar a transferência do paciente
6	TRANSFERIR paciente para unidade de destino	Enfermeiro do NIR	O enfermeiro do NIR autoriza a transferência do paciente para a unidade de destino.
7	INFORMAR quadro clínico do paciente	Enfermeiros assistenciais	O enfermeiro da unidade de origem entra em contato com o enfermeiro da unidade de destino para informar quadro clínico do paciente. O transporte irá depender da gravidade e necessidade de assistência do estado do paciente.
8	REGISTRAR transferência do paciente	Secretária Administrativa	A secretária registra a transferência para a unidade de destino o paciente no AGHU
9	BLOQUEAR leito de origem do paciente para limpeza	Secretária Administrativa	Após a transferência do paciente, o sistema AGHU bloqueia o leito utilizado. Avisa o serviço de higienização. O secretário faz a revisão e montagem do prontuário e encaminha para a unidade de destino
10	HIGIENIZAÇÃO do leito	Equipe de limpeza	A equipe da limpeza é responsável pela higienização. Após a limpeza liberar o leito, marcando no AGHU "leito limpo".
11	SUPERVISIONAR término da higienização	Equipe de enfermagem	A equipe de enfermagem supervisiona o término da higienização e prepara a equipe da unidade para receber um novo paciente
12	DISPONIBILIZAR leito	Secretario Administrativo/Enfermagem	Secretária da unidade informa ao NIR a disponibilidade do leito. Na ausência do secretário, o Enfermeiro da Unidade será o responsável por avisar o serviço de internação da alta e comunicar o NIR da saída do paciente. O NIR dará destino ao leito

14.4 TRANSFERIR PACIENTES VIA CENTRAL DE LEITOS /HOSPITAIS DE RETAGUARDA/ INSTITUIÇÕES DE ORIGEM

	ATIVIDADE	PARTICIPANTES	PROCESSOS
1	REALIZAR relatório médico de transferência	Médico	O médico responsável pelo paciente preenche formulário de solicitação de transferência inter-hospitalar
2	RECEBER/Cadastrar paciente	Médico/Enfermeiro do NIR	O enfermeiro ou médico do NIR informa dados do paciente conforme formulário entregue pelo médico assistente para a central de regulação de leitos do estado ou realizar contato com hospital da cidade de origem/referência para solicitar a vaga
3	MANTER solicitação de transferência atualizada	Núcleo Interno de Regulação	Após realizar contato externo para solicitar transferência, o NIR mantém a solicitação de transferência atualizada junto ao médico assistencial e a central de leitos
4	RECEBER confirmação de transferência	Núcleo Interno de Regulação	O NIR recebe confirmação para transferência.
5	INFORMAR sobre transferência aceita	Núcleo Interno de Regulação	Confirmada a transferência para outro hospital, o NIR informa sobre o aceite ao médico e ao enfermeiro responsáveis pelo paciente.
6	CONFERIR documentação para transferência	Médico e Enfermeiro assistencial	Ao receber a confirmação da transferência, o médico e enfermeiro assistencial conferem a documentação necessária para efetivação do processo de transferência.
7	DETERMINAR tipo de transporte para paciente	Médico e Enfermeiro assistencial	Após conferir a documentação, o médico e enfermeiro assistencial determinam e solicitam o tipo de transporte que deverá ser providenciado para o paciente.
8	CONCEDER alta hospitalar	Médico Assistencial	O médico da unidade deverá preencher a nota de alta/ transferência no AGHU.
9	REGISTRAR saída do paciente	Secretário Administrativo	Realizar no sistema AGHU a saída física do paciente.
10	BLOQUEAR leito para limpeza	AGHU	Concluída a alta do paciente, via sistema AGHU o leito é bloqueado para limpeza.

14.5 REGISTRAR ALTA HOSPITALAR

	ATIVIDADE	PARTICIPANTES	PROCESSOS
1	Pre-Alta	Médico	O médico assistente faz a programação da Alta Hospitalar (até 24 horas de antecedência) assinando a pré alta no prontuário do paciente.
2	PLANEJAMENTO da alta	Médico	O médico comunica à equipe de Enfermagem sobre a alta e se haverá necessidade de algum procedimento ou medicação antes da saída do paciente, providencia as receitas e encaminhamentos necessários.
3	DAR alta médica	Médico	Preenche o sumário de alta registrando as informações no sistema AGHU, imprime, assina e carimba, bem como providencia as receitas e encaminhamentos necessários.

4	ORIENTAR o paciente	Enfermagem	A equipe de enfermagem orienta devidamente o paciente e seus familiares sobre cuidados domiciliares e continuidade do tratamento quando necessário.
5	SAÍDA do paciente	Secretario Administrativo	O secretário da unidade informa no sistema AGHU a saída do paciente e o leito fica com o status – “Leito em limpeza”. Avisa o serviço de higienização. O secretário faz a revisão e montagem do prontuário e encaminha para o arquivo.
6	HIGIENIZAÇÃO do leito	Equipe de limpeza	A equipe da limpeza é responsável pela higienização. Após a limpeza liberar o leito, marcando no AGHU “leito limpo”.
7	SUPERVISIONAR término da higienização	A Equipe de enfermagem	A equipe de enfermagem supervisiona o término da higienização e prepara a equipe da unidade para receber um novo paciente.
8	DISPONIBILIZAR leito	Secretario Administrativo/Enfermagem	Secretário da unidade informa ao NIR a disponibilidade do leito. Na ausência do secretário, o Enfermeiro da Unidade será o responsável por avisar o serviço de internação da alta e comunicar o NIR da saída do paciente. O NIR dará destino ao leito

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 EBSERH/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

ELAINE VERENA RESENER

Superintendente

HUSM/UFMS-EBSERH