



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Estado da Saúde

Indicador: Número de leitos de cuidados prolongados habilitados

Indicador	Número de leitos de cuidados prolongados habilitados
Origem do indicador	Plano Estadual de Saúde (PES) 2024-2027 Monitoramento interno realizado pela RUE/NEAE/GEPORAS
Diretriz/Objetivo/ Meta do Plano Estadual de Saúde (PES)	Diretriz 1: Consolidar as Redes Regionais de Atenção e Vigilância em Saúde, considerando os determinantes e condicionantes sociais e provendo o acesso por meio da Atenção Primária e Atenção Especializada de forma integrada e resolutiva. Objetivo 1: Reorganizar e qualificar a Rede de Urgência e Emergência (RUE), em tempo e local oportuno, em todos os seus componentes e linhas de cuidado. Meta 1.1.2: Habilitar 60 leitos de cuidados prolongados distribuídos nas três regiões de saúde.
Objetivo e Relevância do Indicador	Este indicador mede o e habilitação de Leitos de Cuidados Prolongados nas Regiões de Saúde do estado do Espírito Santo
Método de Cálculo	Número absoluto
Fonte	Rede de Urgência e Emergência da Secretaria de Estado da Saúde Subsecretaria de Estado de Contratualização Subsecretaria de Estado de Regulação Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (DAHU) do Ministério da Saúde

<p style="text-align: center;">Observações Relevantes</p>	<p>PORTARIA GM/MS Nº 2.890, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2022: Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>ART.7 Os Cuidados Prolongados têm como finalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> I- Desenvolver um sistema diferenciado de cuidados por meio da introdução de intervenções inovadoras e adaptadas às novas necessidades sócio-demográficas e epidemiológicas da população; II- Garantir o acolhimento, acessibilidade e humanização do cuidado ao usuário; III- Reabilitar o usuário, de forma parcial ou total, e possibilitar a continuidade do cuidado com intervenções terapêuticas que permitam o reestabelecimento de suas funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional, bem como a recuperação de suas sequelas; IV- Avaliar, de forma global, por meio de atuação multidisciplinar integrada, as necessidades do usuário, considerando sua situação de dependência e os seus objetivos de funcionalidade e autonomia definidos periodicamente; V- Incentivar e apoiar a adaptação dos usuários à incapacidade e aprendizagem do autocuidado; VI- Acompanhar o usuário em situação de dependência por meio de Plano Terapêutico, especialmente, quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, devendo ser o resultado da discussão de caso em equipe, com vistas ao seu retorno ao domicílio; VII- Promover a continuidade do acompanhamento do usuário após a alta hospitalar; de forma a possibilitar a revisão de diagnóstico, a reavaliação de riscos e a adequação de condutas entre os especialistas envolvidos; VIII- Apoiar a manutenção da capacidade funcional do usuário, garantindo os cuidados terapêuticos e o apoio psicossocial necessários, com o intuito de promover a independência funcional e autonomia; IX- Orientar e apoiar os familiares e cuidadores, em parceria com a atenção básica, inclusive atenção domiciliar, para manutenção e corresponsabilização do cuidado em uma construção progressiva de autonomia e retorno ao convívio social; X- Buscar integralidade da assistência atuando de forma articulada às demais equipes de atenção à saúde e atuantes no território; XI- e atuantes no território; XII- Diminuir a ocupação inadequada de leitos de urgência e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI); XIII- Reduzir as internações recorrentes ocasionadas por agravamento de quadro clínico dos usuários em regime de atenção domiciliar; XIV- Aumentar a rotatividade dos leitos de retaguarda clínica para quadros agudos e crônicos reagudizados.
<p style="text-align: center;">Limitações</p>	<p>As limitações para habilitação de leitos de cuidados prolongados podem surgir devido à defasagem dos valores de diária do leito. Necessidade de</p>

	recursos financeiros para adequação da infra-estrutura necessária a qualificação da assistência ao paciente, com equipamentos adequados, e a carência de profissionais de saúde em cidades do interior do estado, para este fim.
Linha de base	0
Parâmetro	<p>O cálculo para estabelecer a necessidade de leitos de Cuidados Prolongados será feito de forma regional, de acordo com os seguintes parâmetros:</p> <p>I - a necessidade de leitos hospitalares gerais é de 2,5 (dois inteiros e cinco décimos) leitos gerais para cada 1.000 (mil) habitantes;</p> <p>II - os leitos de Cuidados Prolongados corresponderão a 5,62% (cinco inteiros e sessenta e dois décimos por cento) da necessidade total de leitos hospitalares gerais, percentual que deverá ser distribuído da seguinte forma:</p> <p>a) 60% (sessenta por cento) para internações em UCP e HCP;</p> <p>b) 40% (quarenta por cento) para cuidados em Atenção Domiciliar.</p> <p>§ 1º Em caso de inexistência de Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP), a Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAE/SAS/MS) poderá considerar percentual diferenciado de déficit de leitos para internação em UCP ou HCP.</p> <p>§ 2º Para os fins do disposto no parágrafo anterior, o Secretário de Atenção à Saúde editará, para cada caso analisado, ato específico que indique, para a respectiva entidade, qual o percentual diferenciado de déficit de leitos considerado para fins de internação em UCP ou HCP.</p>
Polaridade	Positiva. Quanto maior, melhor.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	<p>Monitoramento de planejamento: quadrimestral (plano de ação)</p> <p>Avaliação: Anual</p> <p>Dica: Para os ciclos quadrimestrais de monitoramento deverá ser feita a apuração preliminar do dado para acompanhar eventuais desvios, tendências anualizadas combinada com a análise qualitativa realizada no próprio instrumento de M&A (kanban).</p>
Responsáveis pelo Monitoramento na SESA	<p>Alysson Almeida Lorentz Email: alyssonlorentz@saude.es.gov.br</p> <p>Carlos Roberto Guerra Freitas Email: carlosguerra@saude.es.gov.br</p> <p>Julia Zanon Gomes Email: juliazanon@saude.es.gov.br</p> <p>Roseanne Courbassier Cheroto Ferreira Email: roseanneferreira@saude.es.gov.br</p> <p>Telefone: 33475695</p>



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Estado da Saúde

Responsáveis pelo Monitoramento nas Regionais de Saúde	<p><u>Região Metropolitana:</u> Cristiane Castro E-mail: cristianecastro@saude.es.gov.br</p> <p><u>Região Sul:</u> Renata Bossatto de Barros E-mail: renatabarros@saude.es.gov.br</p> <p><u>Região Central-Norte:</u> Ana Carolina Alves Diniz Dornelas E-mail: anadornelas@saude.es.gov.br</p> <p>Denise Bubach Lyra E-mail: deniselyra@saude.es.gov.br</p> <p>Livia Checi Motta Cometti Email: liviacometti@saude.es.gov.br</p>
Série histórica do Estado do ES	0
Série histórica das Regiões de Saúde (PDR 2020)	0
Documentos importantes e links de acesso	BRASIL. Portaria GM/MS Nº 2.809, de 7 de Dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências(RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de saúde(SUS).Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html . Acesso em 20/02/2024.
Data da última atualização da ficha. Nome do gerente responsável pela validação e nome do setor	29/02/2024 Daysi Koehler Behning GEPORAS/SESA
Versão da ficha	V1 (versão 1)