



HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

Hospital Regional de Santa Maria Plano Operativo

São Paulo, 28 de julho de 2017



O conteúdo deste documento é confidencial. Fica proibida sua reprodução, distribuição, comunicação pública, transformação, total ou parcial, gratuita ou onerosa, por qualquer meio ou procedimento, sem autorização prévia, expressa e por escrito do **Hospital Sírio-Libanês**.

© 2017, **Hospital Sírio-Libanês** Todos os direitos reservados.

Histórico de Versões			
Versão	Data	Revisado por	Descrição da Alteração
1.0	25/04/2017	Rafael	Esboço inicial
1.1	16/05/2017	Rafael	Versão pós-validação de premissas com SES-RS
2.0	05/06/2017	Rafael e Luiz	Versão readequada, incorporando dados obtidos até 05/06.
3.0	28/07/2017	Rafael	Versão final



SUMÁRIO

1. VISÃO GERAL DO PROJETO.....	5
2. ABORDAGEM METODOLÓGICA	7
3. DIAGNÓSTICO LOCORREGIONAL.....	9
4. MODELO ASSISTENCIAL.....	57
5. AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA DO EDIFÍCIO	76
6. DIMENSIONAMENTO DE EQUIPAMENTOS/MOBILIÁRIO	98
7. ESTUDO DE VIABILIDADE ECONÔMICO/FINANCEIRA	99
8. CONCLUSÕES	118
9. REFERÊNCIAS.....	120

1. VISÃO GERAL DO PROJETO

As diferentes partes deste documento compõem o Plano Operativo para o Hospital Regional de Santa Maria.

A elaboração deste plano foi solicitada ao Hospital Sírio-Libanês por meio do Ministério da Saúde, empregando recursos de Programa BNDES, através de termo de referência datado de 19 de agosto de 2016 e recebido pelo Hospital Sírio-Libanês em 29 de novembro de 2016, tendo esta instituição declarado aceite em 07 de dezembro de 2016 e iniciado atividades oficialmente em 01 de março de 2017.

O objetivo proposto neste termo de referência foi "apoiar a implantação da gestão do Hospital Santa Maria". São objetivos específicos:

- Detalhamento do projeto do Hospital Santa Maria;
- Acompanhar a entrega final da obra e pré-operação do Hospital;
- Apoiar o início da operação do Hospital Santa Maria;
- Acompanhar/monitorar e realizar coaching;
- Capacitar a equipe.

Como forma de iniciar o projeto, foi proposta a elaboração deste Plano Operativo para o Hospital Regional de Santa Maria, aqui apresentado em segunda versão (entrega definitiva).

Ele contém uma visão geral do projeto, apresentando seus objetivos e características principais e aponta de forma breve a abordagem metodológica empregada em cada uma das suas partes componentes (Capítulos 1 e 2).

No Capítulo 3, apresenta uma análise situacional da região e da população, discutindo indicadores socioeconômicos relevantes para a compreensão da realidade na qual a instituição hospitalar estará inserida. Faz parte também deste capítulo uma avaliação da rede de saúde da região, a qual destaca o papel deste novo hospital na rede e quais serão as demais instituições com as quais ele estará relacionado.

O Capítulo 4 apresenta em linhas gerais uma proposta de modelo assistencial para o Hospital Regional de Santa Maria. As indicações de organização das linhas de cuidado e forma de atuação das diferentes áreas deste hospital são discutidas com base nas experiências de outros serviços similares com destaque no cenário nacional e nos relatos das dificuldades enfrentadas por estas instituições.

Os Capítulos 5 e 6 apresentam uma avaliação da estrutura física e da necessidade de adequação para as novas atividades previstas para o Hospital Regional de Santa Maria. Esta

avaliação é completada com uma série de documentos anexos a este relatório, os quais detalham as necessidades de intervenção e relacionam os equipamentos que deverão ser adquiridos.

O Capítulo 7 é um estudo de viabilidade econômico/financeira, o qual apresenta uma proposta de custeio para esta unidade hospitalar, acompanhada de estimativa de receitas, considerando que seria uma unidade atuando em modelo misto, com atendimento SUS e de pacientes de convênios.

O Capítulo 8 apresenta algumas conclusões e considerações sobre o plano operativo.

2. ABORDAGEM METODOLÓGICA

A metodologia e as ferramentas empregadas em cada uma das etapas do trabalho estão descritas em maior profundidade em cada um dos capítulos a seguir. Segue contudo abaixo uma breve síntese:

As análises socioeconômicas e demográficas foram realizadas com o uso de aplicativo de georreferenciamento e análise territorial Geofusion, com uso de bases de dados públicas (sobretudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e do Ministério da Saúde - MS).

Para aos dados epidemiológicos, foram consultadas bases de dados do MS constantes do catálogo do DataSUS, bem como informações extraídas do Plano Estadual de Saúde 2016-2019 da Secretaria de Estado da Saúde do RS.

No diagnóstico da rede de atenção à saúde na qual o Hospital Regional de Santa Maria está inserido, foram levantados dados de fontes secundárias (Cadastro Nacional de Equipamentos de Saúde – CNES, do MS), bem como de fontes primárias da região. Foram consultadas unidades prestadoras de serviços de saúde para o Sistema Único de Saúde – SUS e gestores públicos, de modo a que fosse possível traçar um contexto geral da região.

Para a elaboração da proposta de produção assistencial, foram empregados parâmetros de capacidade média dos equipamentos disponíveis e indicadores assistenciais de unidades similares, tanto do Rio Grande do Sul como de outras regiões do país. Para as situações em que havia parâmetros pré-determinados por portarias ministeriais, estes foram considerados. De modo a obtermos maior segurança na qualidade das informações, foram também realizadas visitas técnicas a serviços de internação e ambulatoriais de reabilitação que pudessem fornecer diretrizes concretas, baseadas na experiência de quem já desenvolve este tipo de atividade há mais tempo. No caso específico destas visitas, a prioridade foi pela avaliação de serviços de referência internacional na área (reconhecido mediante Acreditação) e/ou com importância nacional reconhecida por especialistas na área.

A avaliação da estrutura física foi realizada a partir de visitas técnicas ao edifício, com acompanhamento de profissionais especializados em gestão hospitalar, engenharia clínica e arquitetura. A partir destes dados e considerando a planta física disponibilizada pela SES-RS, foi feita uma validação da estrutura existente com as normas técnicas cabíveis, de modo a identificar necessidades de adequação do ponto de vista legal/normativo. Foram avaliadas também as necessidades de adequação da estrutura para comportar o novo rol de atividades assistenciais proposto para a unidade e os reparos para os problemas de infraestrutura que já surgiram entre o período de entrega do edifício e o momento atual.

A partir da estrutura física e da produção assistencial proposta, foram elencados os equipamentos médico hospitalares, de apoio e mobiliário necessário, acompanhado de estimativa de custo para aquisição.

Quanto aos dados financeiros de custeio da unidade, temos três materiais diferentes produzidos:

- Despesas: as despesas para o funcionamento desta unidade hospitalar foram estimadas com base em informações de hospitais similares em porte e complexidade, mas também extraídas de prestadores de serviço localizados em Santa Maria e outras regiões do Rio Grande do Sul (quando disponíveis). Na falta de informações regionalizadas, foram utilizados parâmetros de unidades públicas de saúde de outras regiões do país, avaliadas criteriosamente por equipe técnica. Foi utilizada a extrapolação das despesas a partir de custos unitários compatíveis com o perfil da região e das atividades pretendidas.

- Receitas: considerou-se para o levantamento das receitas a premissa de que esta unidade hospitalar atenderia 80% de pacientes SUS e 20% de pacientes de convênios, sendo aplicada esta parcela de faturamento privado de forma linear a todos os serviços ofertados no HRSM. Para o faturamento SUS, utilizou-se a média do faturamento hospitalar do RS para as atividades hospitalares de internação e a tabela de procedimentos ambulatoriais. Para o faturamento dos convênios, utilizou-se um fator de correção entre este valor e a tabela praticada por convênios na região do estudo. Outras receitas complementarem também foram estimadas: remuneração por atividades de campo de prática para instituições de ensino, locação de espaço para atividades comerciais e renda de estacionamento.

3. DIAGNÓSTICO LOCORREGIONAL

Este diagnóstico locorregional contém informações socioeconômicas, demográficas, epidemiológicas e da rede de atenção à saúde na qual o HRSM está inserido.

Para as análises socioeconômicas e demográficas foram elaborados mapas, tabelas e gráficos com dados obtidos a partir de aplicativo de georreferenciamento e análise territorial Geofusion, com uso de bases de dados públicas (IBGE e MS, sobretudo).

O Geofusion é uma ferramenta de *geomarketing*, georreferenciamento e de *business intelligence* capaz de transformar bases de dados de diferentes naturezas em mapas, gráficos e tabelas bastante robustos, possibilitando análises comparativas de regiões e em evolução histórica. O software já dispõe de bases de dados públicas que foram utilizadas em boa parte das análises (IBGE). Desta fonte, o sistema é capaz de trabalhar com as diferentes variáveis e dimensões de análise proporcionadas pelos dados do Censo Demográfico 2010, ajustadas temporalmente a partir de ferramentas estatísticas de previsão, o que coloca à disposição informações bastante confiáveis.

Para este estudo específico, além dos dados sociodemográficos, foram inseridos no sistema bancos de dados epidemiológicos fornecidos pelo MS a partir do TabNet DataSUS, plataforma online governamental que disponibiliza as informações fornecidas pelas unidades gestoras e prestadores de serviços de saúde do país. Estas informações nos permitiram avaliar territorialmente a incidência e prevalência de algumas condições de saúde importantes para os objetivos deste projeto, bem como a distribuição da mortalidade e da natalidade na região alvo. Estas informações foram complementadas por estudos epidemiológicos previamente elaborados pela Secretaria de Estado da Saúde do RS e constantes em seu Plano Estadual de Saúde 2016-2019 da Secretaria de Estado da Saúde do RS.

O sistema de georreferenciamento também foi alimentado com informações do CNES-MS, o que nos permitiu visualizar a capacidade operacional de leitos da região e de cobertura de unidades de saúde na forma de mapas.

Todas estas análises foram complementadas com dados obtidos em reuniões e visitas técnicas com gestores e unidades de saúde.

Em primeiro lugar, foram consultados os técnicos e gestores da Secretaria de Saúde, os quais forneceram uma série de informações relevantes acerca das características da região, principais dificuldades dos serviços de saúde ali localizados, perfil populacional, maiores carências em termos de oferta de atenção à saúde, etc. Foi solicitado a todos eles também que relatassem suas expectativas em relação a esta nova unidade hospitalar.

Em uma segunda rodada de reuniões, a equipe de consultores esteve em contato com os técnicos e gestores mais próximos do território alvo, a Coordenadoria Regional de Saúde. Foi

solicitado a estes profissionais que relatassem em linhas gerais quais seriam os maiores problemas da região em termos de oferta de serviços de saúde e quais as expectativas deles e da população em relação aos serviços que seriam prestados no HRSM.

Já numa terceira rodada, foram realizadas visitas técnicas aos serviços de saúde de maior porte e/ou que estariam mais diretamente relacionados aos futuros trabalhos do HRSM. Nesta rodada, nossa equipe esteve na Associação e Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE de Santa Maria, no Hospital Universitário de Santa Maria e na Casa de Saúde de Santa Maria, conversando com gestores e técnicos. Estas visitas tinham tanto o intuito de confirmar as informações disponíveis sobre estes serviços, mas também compreender suas expectativas em relação ao novo hospital que comporá a rede e coletar dados que subsidiassem a elaboração do orçamento e da produção assistencial (parâmetros assistenciais e de custos).

3.1. Estudo epidemiológico e sociodemográfico

Este capítulo tem por objetivo subsidiar as análises de demanda e oferta assistencial para a região na qual está inserido o HRSM. Ele traz informações gerais sobre a população do Estado do RS, mas tem como foco a região que compreende as duas CRS da Macrorregião Centro-Oeste (4ª e 10ª CRS), onde vivem cerca de 1 milhão de habitantes.

As análises gerais sobre o RS servirão como suporte à avaliação de oferta/demanda de serviços de saúde que envolvam especialidades para as quais o HRSM poderia ser uma referência para além do entorno imediato. Considerando que os principais serviços serão ofertados para a Macrorregião Centro-Oeste, são apresentados dados em maior detalhamento para esta área.

Visão geral da Macrorregião Centro-Oeste

A Macrorregião Centro-Oeste corresponde a 24% do território do Estado do RS e quase 10% de sua população. Possui índice de densidade demográfica de 15 hab./Km², bastante inferior à observada para o total do RS, na casa dos 40 hab./Km².

A renda domiciliar mensal está abaixo da média do RS, porém acima da média brasileira.

Tabela 1 – Informações Gerais

Macrorregião Centro-Oeste

Dados	Região-alvo
Área	68.034,42 Km ²
População (2015)	1.039.876
Domicílios (2015)	357.799
Densidade Demográfica (2015)	15 hab./Km ²
Renda Média Domiciliar Mensal (2015)	R\$ 3.747,74

Fonte: Geofusion, 2017.

População

Projeções populacionais elaboradas com base no último censo realizado pelo IBGE (2010) mostram uma população total para o Estado do Rio Grande do Sul de mais de 11,3 milhões de habitantes em 2017.

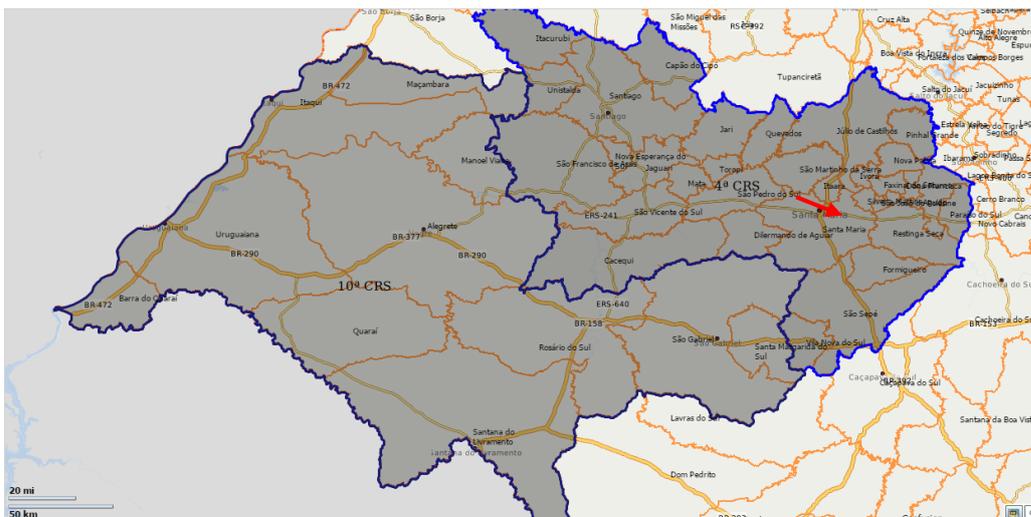
Mapa 1 – Estado do Rio Grande do Sul



Fonte: Geofusion, 2017.

Deste contingente, pouco mais de 1 milhão vivem no perímetro da 4ª e 10ª CRS, também denominada Macrorregião Centro-Oeste.

Mapa 2 – Área de abrangência da Macrorregião Centro-Oeste

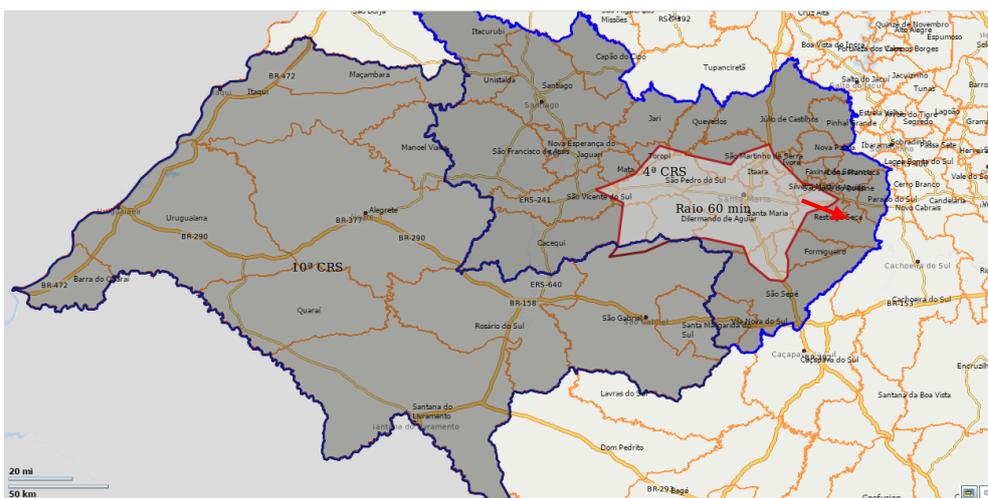


Fonte: Geofusion, 2017.

O Brasil tem hoje 205 milhões de habitantes (2017), dos quais 5,5% vivem no RS. Especificamente na região alvo deste estudo, a Macrorregião Centro-Oeste, vivem pouco mais de 1 milhão de habitantes, dos quais 563 mil na 4ª CRS e 476 mil na 10ª CRS. As duas regiões juntas correspondem a cerca de 10% da população do Estado do RS.

Em um raio de deslocamento rodoviário de uma hora¹ do HRSM, temos uma população residente de 316 mil habitantes, os quais dependem em grande medida dos serviços de saúde ofertados na cidade de Santa Maria. Isso corresponde a quase 1/3 da população de toda a região.

Mapa 3 – Raio de uma hora de deslocamento rodoviário Hospital Regional de Santa Maria - 2017



Fonte: Geofusion, 2017.

¹ Descolamento calculado pela plataforma Geofusion com base no limite de velocidade das vias.

Tabela 2 – Informações gerais

Raio de deslocamento de 60 min em relação ao Hospital Regional de Santa Maria

Dados	Raio de 60 min	% Macro
Área	5.253 Km ²	7,7%
População (2015)	315.717	30,3%
Domicílios (2015)	110.875	30,9%
Densidade Demográfica (2015)	60 hab./Km ²	+400%
Renda Média Domiciliar Mensal (2015)	R\$ 4.987,05	+33%

Fonte: Geofusion, 2017.

A Macrorregião Centro-Oeste compreende 43 municípios, cujas características são bastante diversas. Nos 11 municípios mais populosos, encontramos 80% da população, havendo 33 cidades com menos de 20 mil habitantes. Assim, do ponto de vista da oferta de serviços de saúde, é evidente que, no caso específico de média e alta complexidade, justifica-se a implantação de unidades que abarquem um universo populacional que contemple toda esta região, havendo ainda algumas atividades para as quais a demanda deverá ser planejada para um universo ainda mais amplo, de modo a não se tornarem inviáveis economicamente.

Essa profusão de pequenos municípios também oferece um desafio adicional aos gestores de saúde, pois exige ações orquestradas de logística de modo a que a população tenha acesso adequado aos serviços de saúde. Para o caso do HRSM que terá atividades ambulatoriais disponíveis a todo este entorno, é importante considerar o acesso a meios de transporte em quantidade e frequência condizente com os tratamentos, especialmente no caso da reabilitação, que exige deslocamentos de duas a três vezes por semana, muitas vezes em veículo adaptado.

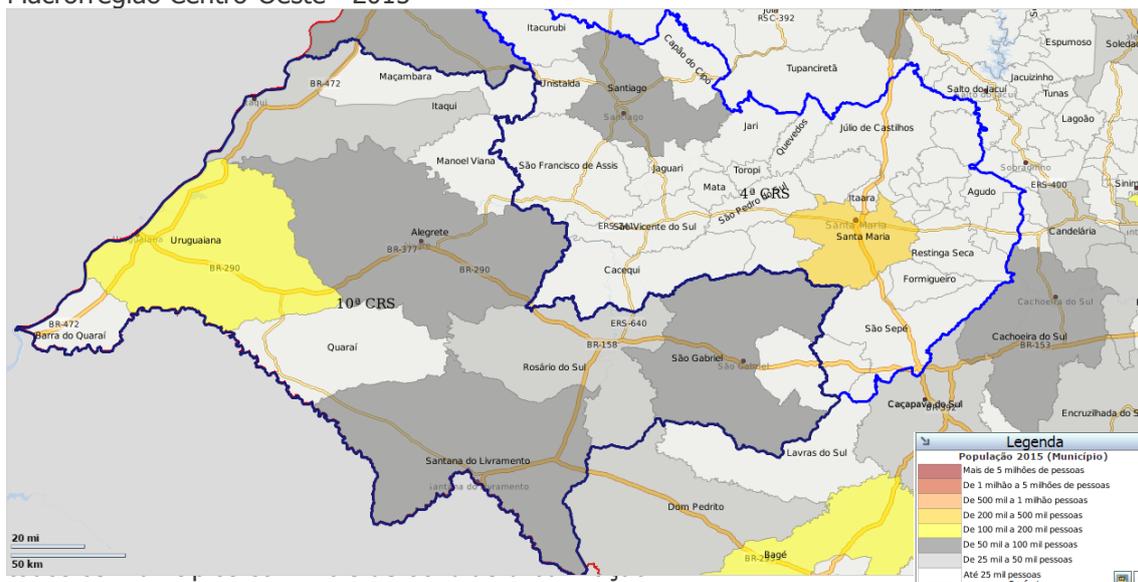
Tabela 3 – População dos municípios

Macrorregião Centro-Oeste (2012)

Rank	Cód. IBGE - Município	População (2012)	% acum.
1	431690 Santa Maria	263.662	26%
2	432240 Uruguaiana	125.209	39%
3	431710 Sant'Ana do Livramento	81.198	47%
4	430040 Alegrete	76.644	54%
5	431830 São Gabriel	60.478	60%
6	431740 Santiago	48.940	65%
7	431640 Rosário do Sul	39.503	69%
8	431060 Itaqui	37.916	73%
9	431960 São Sepé	23.674	75%
10	431530 Quaraí	22.873	78%
11	431120 Júlio de Castilhos	19.453	80%
12	431810 São Francisco de Assis	19.020	82%
13	430010 Agudo	16.612	83%
14	431940 São Pedro do Sul	16.275	85%
15	431550 Restinga Seca	15.828	86%
16	430290 Cacequi	13.430	88%
17	431110 Jaguarí	11.320	89%
18	431980 São Vicente do Sul	8.456	90%
19	431402 Paraíso do Sul	7.355	90%
20	431175 Manoel Viana	7.084	91%
21	430840 Formigueiro	6.926	92%
22	430800 Faxinal do Soturno	6.647	92%
23	431310 Nova Palma	6.347	93%
24	431053 Itaara	5.076	94%
25	431210 Mata	5.041	94%
26	431303 Nova Esperança do Sul	4.771	95%
27	431171 Maçambará	4.694	95%
28	431447 Pinhal Grande	4.433	95%
29	432345 Vila Nova do Sul	4.215	96%
30	430187 Barra do Quaraí	4.032	96%
31	431113 Jari	3.549	97%
32	431055 Itacurubi	3.432	97%
33	430670 Dona Francisca	3.326	97%
34	431912 São Martinho da Serra	3.195	98%
35	430465 Capão do Cipó	3.187	98%
36	430637 Dilermando de Aguiar	3.044	98%
37	432149 Toropi	2.916	99%
38	431532 Quevedos	2.713	99%
39	431843 São João do Polêsine	2.572	99%
40	432237 Unistalda	2.421	99%
41	432065 Silveira Martins	2.416	100%
42	431697 Santa Margarida do Sul	2.380	100%
43	431075 Ivorá	2.105	100%

Fonte: TabNet DataSUS.

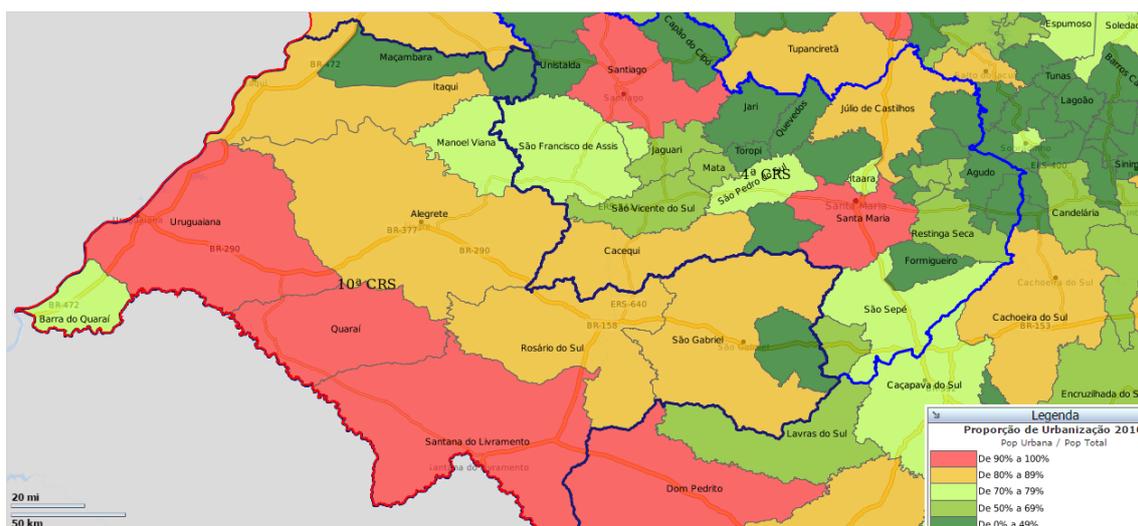
Mapa 4 – População dos municípios Macrorregião Centro-Oeste - 2015



Fonte: Geofusion, 2017.

No que se refere ao grau de urbanização, convém ressaltar que o mesmo é avaliado pelo IBGE conforme o cadastro territorial dos municípios. Isso significa que, apesar de algumas cidades aparecerem com graus elevados de urbanização, há seguramente entre eles municípios cuja área rural é certamente maior que o informado. Isso se deve ao fato de que a transferência de recursos federais para alguns programas governamentais privilegia as áreas urbanas, o que leva os municípios a considerarem áreas rurais como urbanas.

Mapa 5 – Grau de urbanização Macrorregião Centro-Oeste (2010)



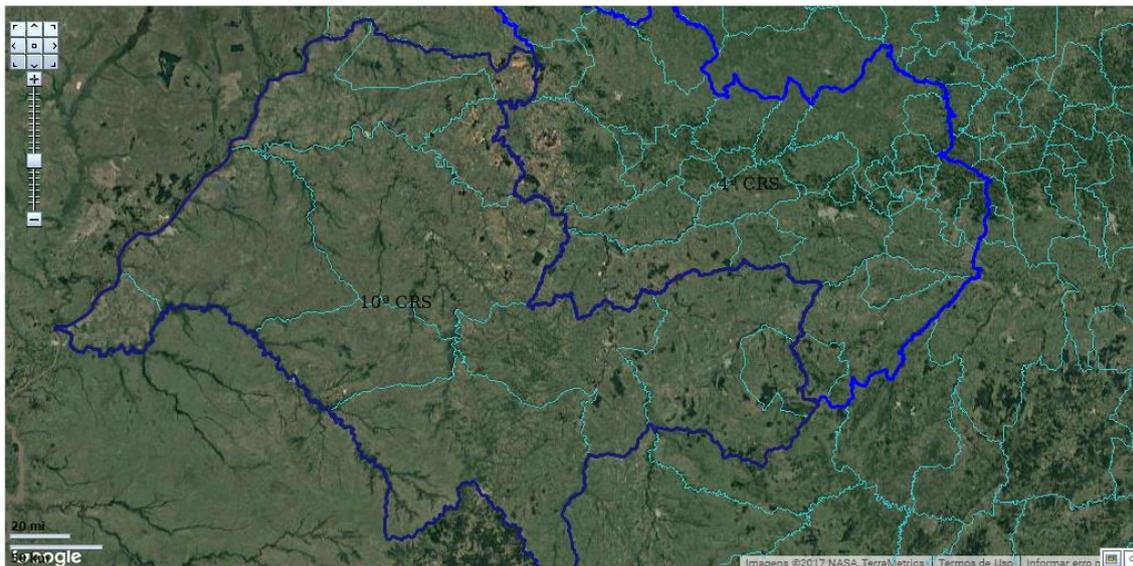
Fonte: Geofusion, 2017.

Uma forma de evidenciar essa dificuldade é apresentar a visualização de satélite da região, na qual podemos observar a existência de apenas poucas manchas urbanas (em cinza e

marrom claro). Temos portanto uma região cuja maior parte do território caracteriza-se como rural, mas tendo concentração populacional nas principais áreas urbanas.

Mapa 6 – Imagem de satélite

Macrorregião Centro-Oeste (2017)



Fonte: Google.

Esta característica da região reforça a tese de que haverá um enorme desafio logístico para o transporte de pacientes neste imenso território, sobretudo nas regiões rurais.

Olhando-se para as características de condições do desenvolvimento social da região, temos como um importante indicador o Índice de Desenvolvimento Humano. Segundo Amartya Sen², a ideia de desenvolvimento está muito além da simples esfera econômica e envolve diferentes aspectos da vida humana, como saúde, acesso à educação, habitação, cultura, oferta de emprego, segurança etc. De modo a gerar um indicador sintético das condições de vida de uma população, o IDH contém três vertentes de análise, as quais podem ser observadas de forma combinada ou isolada:

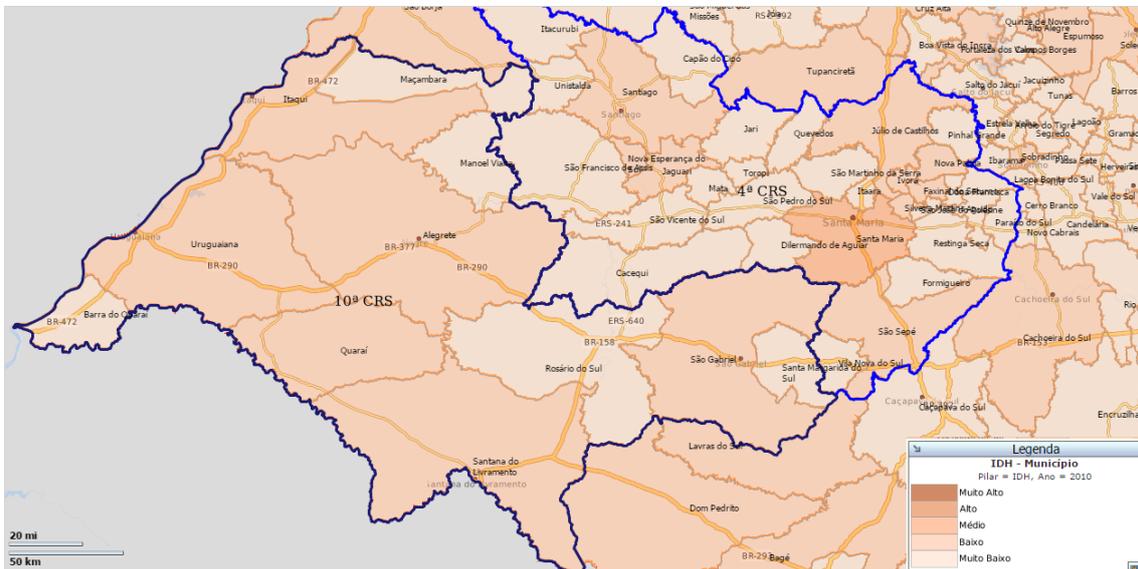
- Longevidade
- Renda
- Educação

Para a região alvo desta análise, temos de forma geral municípios com IDH baixo, o que caracteriza uma região com índice elevado de vulnerabilidade social. O único aspecto no qual a

² A equipe de Amartya Sen desenvolveu o Índice de Desenvolvimento Humano como uma forma de apontar quantitativamente o estágio em que os diferentes países se encontram. O índice varia de 0 a 1. IDH baixo (menor que 0,500), médio (entre 0,500 e 0,799), alto (entre 0,800 e 0,899) e muito alto (acima de 0,900).

maior parte dos municípios nesta região se destaca é “Longevidade”, que tem sido um parâmetro no qual o Estado do RS como um todo tem apresentado ganhos sensíveis nas últimas décadas, com patamar superior à média brasileira.

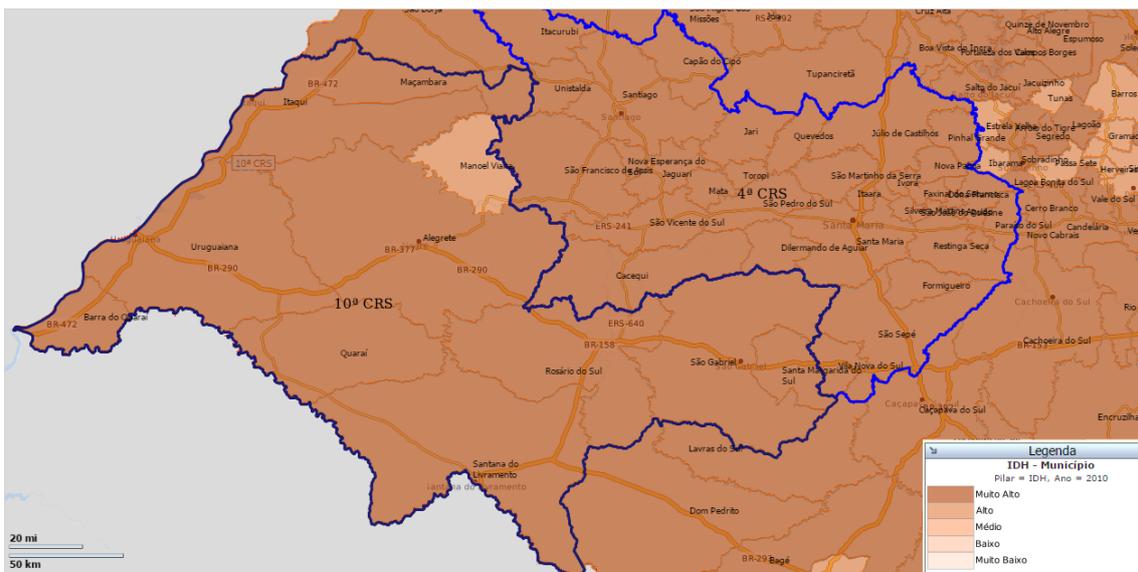
Mapa 7 – Índice de Desenvolvimento Humano Macrorregião Centro-Oeste - 2010



Fonte: Geofusion, 2017.

O IDH específico para o Envelhecimento está apresentado no mapa a seguir, onde observamos que a grande maioria dos municípios da região já alcançou um patamar “Muito alto” no que se refere à longevidade de sua população.

Mapa 7 – Índice de desenvolvimento humano – Longevidade Macrorregião Centro-Oeste - 2010



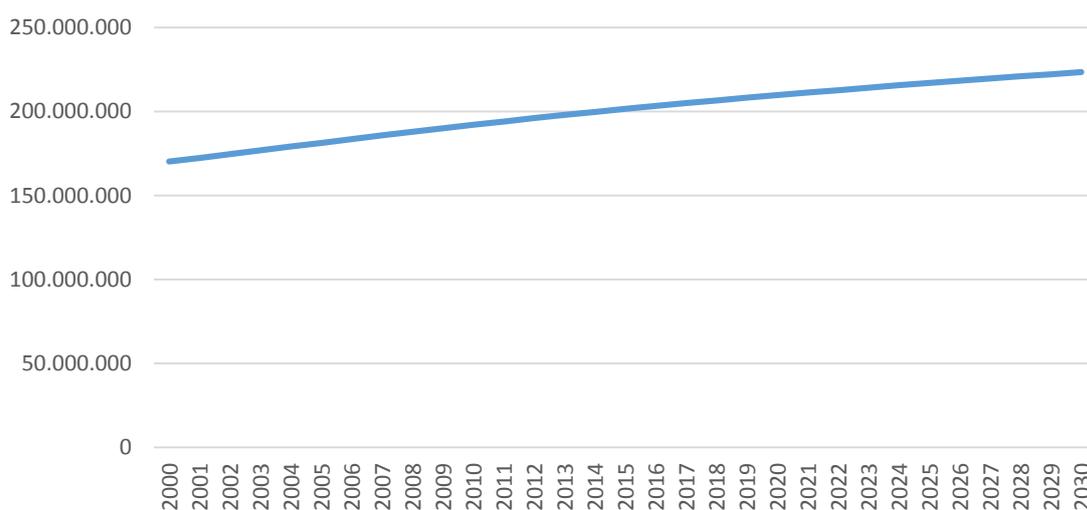
Fonte: Geofusion, 2017.

Crescimento populacional e envelhecimento

Como é sabido, o Brasil encontra-se a beira de um processo de transição demográfica, com inversão da curva de crescimento populacional prevista para ocorrer dentro de três ou quatro décadas. No caso do RS, prevê-se que essa transição ocorra ainda mais cedo, com inversão da curva já em 2030, o que imporá desafios importantes para as políticas públicas, em especial na área da saúde.

Gráfico 1 – Projeção populacional

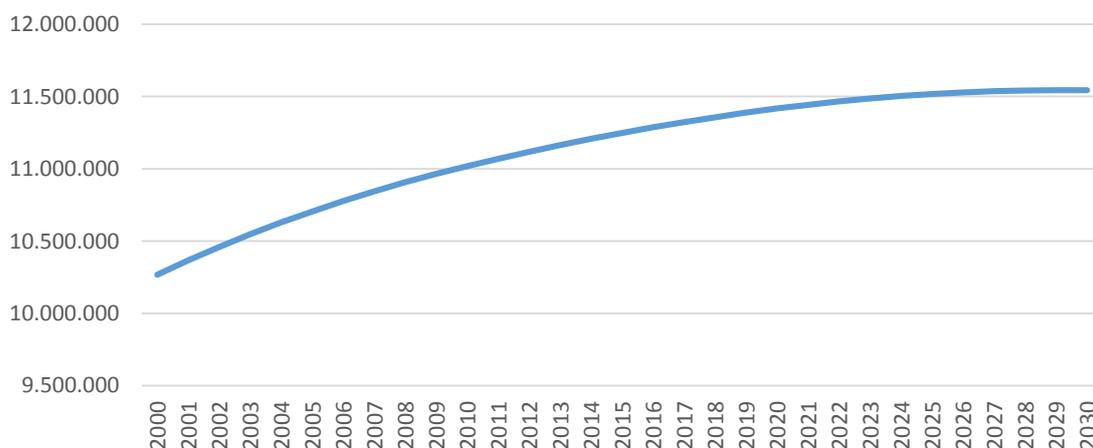
Brasil (2000-2030)



Fonte: IBGE.

Gráfico 2 – Projeção populacional

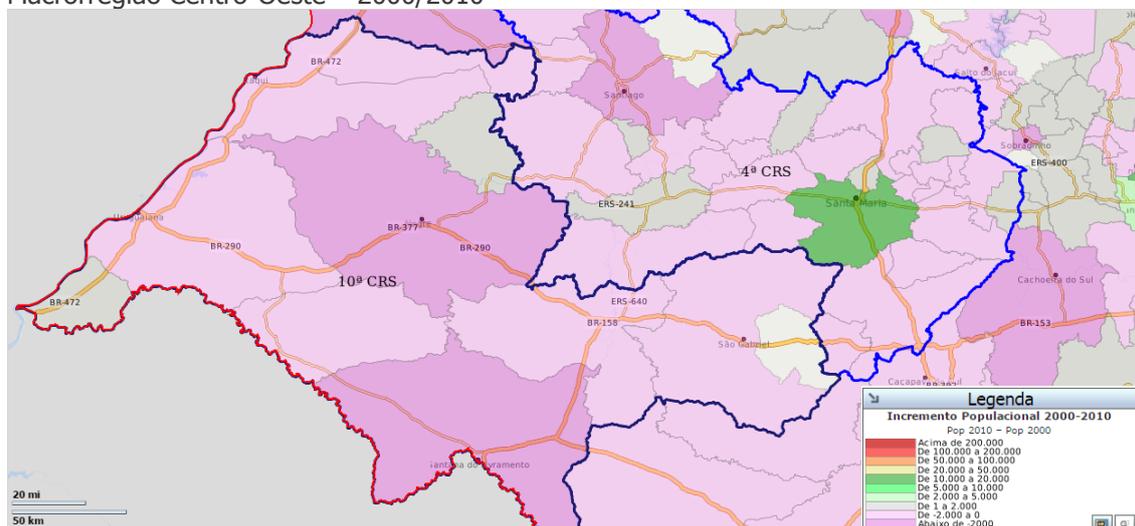
Estado do Rio Grande do Sul (2000-2030)



Fonte: IBGE.

A distribuição deste crescimento, no entanto, é bastante desigual entre os municípios, havendo incremento significativo apenas no município de Santa Maria, enquanto alguns poucos seguem com baixo índice de crescimento (seis municípios) e demais encontram-se em estabilidade ou já em declínio de contingente.

Mapa 8 – Incremento populacional
Macrorregião Centro-Oeste – 2000/2010

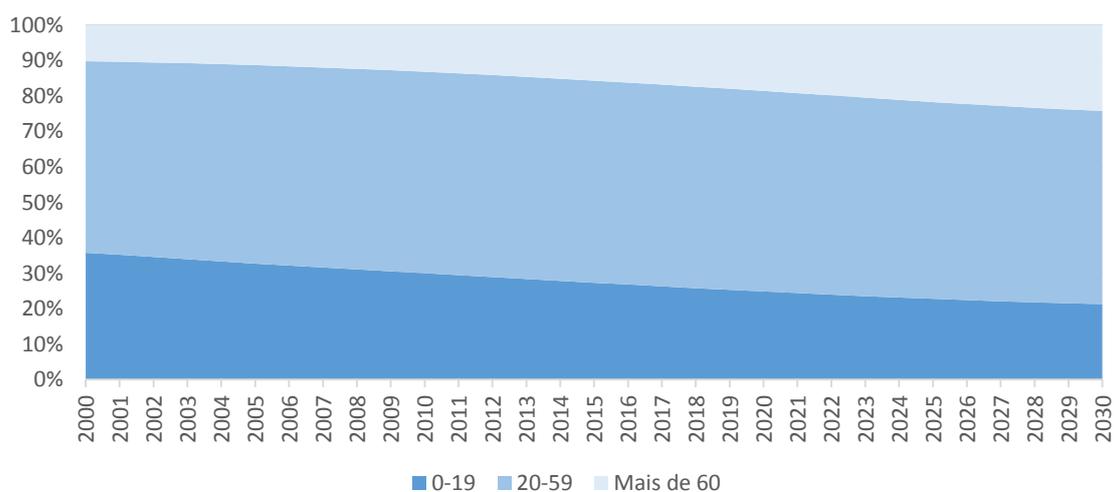


Fonte: Geofusion, 2017.

Chega-se portanto a um ponto fundamental de discussão, que é pensar o quanto haverá de impactos do envelhecimento populacional e da redução da população jovem no Estado do RS na gestão dos serviços de saúde, em especial na Macrorregião Centro-Oeste.

Para o Estado do RS, temos o seguinte cenário:

Gráfico 3 – Projeção da distribuição da população por faixas etárias
Rio Grande do Sul – 2000/2030



Fonte: IBGE.

Como se observa no gráfico anterior, desde os anos 2000 houve um movimento contínuo de ampliação da participação da população idosa no total da população. A expectativa é de que, até 2020, a população com mais de 60 anos no RS chegue a 20% do total.

Tabela 4 – Distribuição da população, por faixas etárias
Macrorregião Centro-Oeste - 2016

Faixa etária	nº	%
até 9 anos	115.667	11,12
de 10 a 14 anos	74.327	7,15
de 15 a 19 anos	81.502	7,84
de 20 a 24 anos	76.621	7,37
de 25 a 34 anos	132.834	12,77
de 35 a 49 anos	217.275	20,89
de 50 a 59 anos	131.734	12,67
60 anos ou mais	209.916	20,19
Total	1.039.876	100,00

Fonte: Geofusion, 2017.

Considerando que o HRSM será uma unidade de saúde com foco em pacientes de reabilitação, mas também com oferta de atenção ambulatorial para pacientes crônicos com condições agravadas de hipertensão e diabetes, há que se considerar a premência de uma política pública forte, não apenas para esta região mas para todo o RS, que consiga lidar com um volume cada vez maior e mais complexo de idosos. Isso torna a oferta de serviços de saúde ainda mais complexa tanto do ponto de vista da assistência diretamente prestada a estes pacientes, mas também de toda a logística e gestão do sistema.

Natalidade

Do ponto de vista de natalidade, o RS é um dos Estados que têm apresentado menores índices, corroborando a discussão já apresentada de que a inversão da curva de crescimento populacional tende a ser abreviada neste Estado (SINASC, 2017). As informações de natalidade apresentadas pelo DataSUS também são acompanhadas de outro indicador importante para o planejamento de unidades de reabilitação física e cirúrgica, como é o caso do HRSM: as anomalias congênitas. Informações do Sinasc apontam que, para a população do RS, cerca de 1% dos nascidos são afetados por algum tipo de anomalia congênita³. No rol destas anomalias, parte importante exige procedimentos cirúrgicos e atividades de reabilitação e irá seguramente consumir serviços do HRSM.

³ Dentre as categorias de anomalias presentes nas estatísticas do Sinasc estão: Espinha bífida; Outras malformações congênitas do sistema nervoso; Malformações congênitas do aparelho circulatório; Fenda labial e fenda palatina; Ausência, atresia e estenose do intestino delgado; Outras malformações congênitas aparelho digestivo; Testículo não-descido; Outras malformações do aparelho geniturinário; Deformidades congênitas do quadril; Deformidades congênitas dos pés; Outras malformações e deformidades congênitas do aparelho osteomuscular; Outras malformações congênitas; Anomalias cromossômicas NCOP; Hemangioma e linfangioma.

Morbidade

Os dados de morbidade apresentados a seguir são oriundos dos sistemas do MS que congregam informações de atendimento ambulatorial e hospitalar no Brasil.

O primeiro, o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA-SUS contém informações sobre a produção ambulatorial do SUS. O sistema de tabulação destes dados permite sua contabilização no nível dos municípios. A partir desta informação, é possível observar quais tipos de serviços são mais consumidos em uma determinada região e, comparando este número aos parâmetros esperados para uma dada população, podemos inferir quais seriam as principais necessidades assistenciais.

Tabela 5 - Produção ambulatorial, por Macrorregiões

Estado do Rio Grande do Sul -2008-2016

Macrorregião de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
4301 Centro-Oeste	10.198.264	11.751.569	14.364.935	15.212.177	14.050.558	14.606.910	18.389.003	18.399.044	17.555.766
4302 Metropolitana	63.072.006	69.187.953	74.467.868	79.462.283	81.642.893	81.926.972	93.761.217	97.269.021	94.801.221
4303 Missioneira	12.613.368	14.507.764	15.231.331	17.352.911	17.693.671	16.621.155	17.211.072	18.729.703	20.391.034
4304 Norte	14.367.359	19.213.850	18.610.572	18.600.902	19.778.564	24.417.591	25.903.337	26.020.374	25.936.997
4305 Serra	12.459.906	13.939.697	14.555.602	16.459.084	17.787.310	18.514.579	19.598.585	16.837.010	17.716.882
4306 Sul	10.865.793	12.315.325	12.918.999	15.908.046	14.042.728	17.183.025	21.684.111	16.973.391	13.260.576
4307 Vales	10.773.306	13.347.918	14.521.466	17.532.524	17.431.617	17.494.929	19.813.427	18.651.520	21.231.914
Total	134.350.002	154.264.076	164.670.773	180.527.927	182.427.341	190.765.161	216.360.752	212.880.063	210.894.390

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Nota: * Para 2016, dados ainda não estão 100% consolidados.

Especificamente na Macrorregião Centro-Oeste, temos o seguinte cenário:

Tabela 6 - Procedimentos ambulatoriais, por complexidade

Macrorregião Centro-Oeste – 2008-2016

Complexidade	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Atenção Básica	3.897.675	4.118.862	5.409.334	6.016.460	4.841.020	4.734.935	7.717.815	7.276.700	5.870.888
Média complexidade	3.767.816	4.640.785	6.295.517	6.477.807	6.362.083	7.514.055	7.621.160	7.572.985	7.863.828
Alta complexidade	2.499.494	2.920.493	2.572.393	2.556.036	2.601.373	2.070.061	2.789.542	3.116.007	3.184.042
Não se aplica	33.279	71.429	87.691	161.874	246.082	287.859	260.486	433.352	637.008
Total	10.198.264	11.751.569	14.364.935	15.212.177	14.050.558	14.606.910	18.389.003	18.399.044	17.555.766

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Nota-se que 34% dos procedimentos estão na atenção básica, ante 42% na média complexidade e 20% na alta complexidade. Considerando que há poucas unidades de saúde que executam procedimentos nos grupos de maior complexidade, podemos inferir que tais unidades têm realizado um número bastante elevado de procedimentos, o que pode sugerir superutilização deste grupo de procedimentos em detrimento de ações de atenção básica, tornando os custos

do sistema mais elevados. O esperado para regiões com sistemas de saúde mais equilibrados seria haver índices mais elevados de procedimentos concentrados na atenção básica, com afunilamento ao passo em que elevamos a complexidade da atenção.

Na tabela a seguir, observamos que em Estados brasileiros nos quais se observa uma melhor cobertura da rede de atenção, há uma distribuição mais equilibrada dos procedimentos, com maior concentração na atenção básica e menor na alta complexidade, diferente do que ocorre no RS. Essa diferença de distribuição em relação ao RS pode sugerir que haja uma oferta abaixo da ideal para tanto para a atenção básica quanto para a alta complexidade.

Tabela 7 – Distribuição dos procedimentos ambulatoriais, por complexidade

Brasil e Unidades Federativas Selecionadas - 2016

Complexidade	MG	PR	SC	RS	Brasil
Atenção Básica	44%	40%	36%	34%	38%
Média complexidade	33%	31%	31%	42%	38%
Alta complexidade	21%	27%	30%	20%	22%
Não se aplica	2%	2%	3%	3%	2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

O perfil das unidades responsáveis pela prestação destes serviços também é um dado relevante:

Tabela 8 - Procedimentos ambulatoriais, segundo esfera jurídica da organização prestadora de serviços

Macrorregião Centro-Oeste – 2015-2016

Esfera Jurídica	2015	2016
Administração Pública	13.640.061	12.716.551
.. Federal	964.209	1.134.555
.. Estadual	2.961.239	3.026.501
.. Municipal	9.657.930	8.494.810
.. Outros	56.683	60.685
Entidades Empresariais	2.307.885	2.006.984
Entidades sem Fins Lucrativos	2.451.098	2.832.231
TOTAL	18.399.044	17.555.766

A tabela nos permite observar que a maior parte destes procedimentos vêm sendo realizados por instituições públicas, com destaque para as unidades sob gestão dos municípios, as quais realizam quase 50% de todos os procedimentos. Unidades estaduais respondem por apenas 17% dos procedimentos e pouco mais de 25% dos atendimentos são prestados em unidades privadas e/ou filantrópicas.

Informações fornecidas pela Regulação da SES-RS apontam para a existência de filas substanciais para algumas consultas e procedimentos especializados, sobretudo em Traumatologia, Neurologia e exames diagnósticos como Ressonância e Tomografia⁴.

Segundo Relatório do Departamento de Regulação Estadual (29/03/2017):

(...) os maiores déficits de oferta na área de abrangência da 4ª CRS estão nas áreas de traumatologia-ortopedia, reabilitação auditiva, neurologia/neurocirurgia (especialmente pediátrica), cardiologia geral, oftalmologia geral e cirurgia bariátrica.

Para a abrangência da 10ª CRS, os maiores déficits se concentram nas áreas de neurologia/neurocirurgia, oftalmologia, dermatologia, reumatologia, reabilitação auditiva e cirurgia vascular.

A tabulação das consultas no SIA-SUS não nos permite uma análise fina por especialidades. Contudo, para a maior parte dos exames diagnósticos, podemos fazer observações mais detalhadas.

Assim, para avaliarmos a oferta/necessidade de serviços ambulatoriais deste tipo na região, optou-se por uma avaliação de qual deveria ser a oferta adequada destes procedimentos para uma população de um milhão de habitantes e este índice foi confrontado com a produção realizada nos últimos três anos, de modo a que pudéssemos observar o gap existente entre a produção realizada e a produção esperada.

Tabela 9 - Produção esperada x realizada de exames diagnósticos
Macrorregião Centro-Oeste (média anual 2014/2016)

Exame	Produção esperada/ano	Produção média realizada/ano*	Déficit (Nº abs.)	Déficit (%)
Holter	3.121	809	-2.312	-74%
Endoscopia/Colonoscopia	21.328	5.938	-15.390	-72%
Ecocardiograma	16.646	4.592	-12.054	-72%
Teste ergométrico	6.242	1.847	-4.395	-70%
Ultrassonografia comum	156.058	30.612	-125.446	-80%
Eletroneuromiografia*	2.393	-	-	-
CPRE*	520	-	-	-
Ressonância magnética	31.212	5.890	-25.322	-81%

Fonte: Portaria MS n. 1631/2015; TabNet DataSUS.

Nota: Média 2014-2016.

* Dados indisponíveis

⁴ Relatório de Regulação do Acesso a Procedimentos Ambulatoriais da Macrorregião Centro-Oeste (29/03/2017) – Departamento de Regulação da SES-RS.

No campo das consultas especializadas, segundo parâmetros do MS⁵, haveria demanda para 156 mil consultas/ano de Ortopedia e 67 mil de Neurologia/neurocirurgia por ano.

Na atenção hospitalar, a fonte de informações disponível é o Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS. A partir dele, podemos extrair dados referentes às saídas de internação, as quais estão disponíveis no nível das próprias unidades de saúde executantes, o que nos permite obter detalhamento maior que no caso das informações ambulatoriais.

No período de 2008 a 2016, houve praticamente nenhum crescimento no número de internações (0,3% para o total do RS). Na Macrorregião Centro-Oeste houve inclusive algum decréscimo.

Apesar de ser uma região que corresponde a 10% da população do RS, a Macrorregião Centro-Oeste realiza apenas 8% das internações do Estado. Diagnóstico da Regulação Estadual sugere que parte significativa das necessidades de internação desta região, especialmente as que envolvem média e alta complexidade, são realizadas em Porto Alegre e na Região Metropolitana, exigindo grandes deslocamentos, com conseqüente risco assistencial, além de pressionar os serviços próximos à capital.

Tabela 10 - Evolução das internações, segundo macrorregiões
Estado do RS – 2008-2016

Macrorregião de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
4301 Centro-Oeste	63.389	61.603	61.216	61.475	59.090	58.328	60.416	59.249	58.999
4302 Metropolitana	311.057	322.655	322.639	313.536	323.121	330.355	341.980	341.321	328.291
4303 Missioneira	62.172	62.797	61.086	60.844	62.368	62.861	63.794	61.269	61.767
4304 Norte	91.634	93.188	91.625	90.599	90.451	96.256	102.629	102.875	101.884
4305 Serra	62.540	61.961	61.839	60.154	61.161	61.581	62.143	60.684	59.142
4306 Sul	70.011	69.254	67.491	66.354	65.381	65.248	67.824	67.837	62.393
4307 Vales	58.400	57.917	56.435	57.239	61.261	62.795	64.576	65.619	63.873
Total	719.203	729.375	722.331	710.201	722.833	737.424	763.362	758.854	736.349

Fonte: TabNet DataSUS.

Na Macrorregião Centro-Oeste há apenas 30 unidades de saúde realizando internações para o SUS. 58% das internações estão concentradas em apenas cinco unidades hospitalares, sendo metade desta produção nos hospitais de Santa Maria. Esta avaliação confirma a importância do município como prestador de saúde relevante e polo atrativo de usuários de todo o entorno.

⁵ Portaria GM/MS n. 1.631/2015.

Tabela 11 - Evolução das internações, por unidade de saúde
Macrorregião Centro-Oeste – 2008-2016

Rank	Estabelecimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% acum. 2016
	Total	63.389	61.603	61.216	61.475	59.090	58.328	60.416	59.249	58.999	
1	2244306 HUSM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA	11.053	11.868	11.369	10.958	9.606	9.003	9.457	11.326	12.301	21%
2	2248190 SANTA CASA DE CARIDADE DE URUGUAIANA	7.690	7.391	7.167	7.445	7.378	7.653	7.865	7.096	6.771	32%
3	2248204 SANTA CASA DE SAO GABRIEL	4.927	5.271	5.054	4.382	4.856	4.392	4.561	4.888	5.334	41%
4	2248220 SANTA CASA DE MISERICORDIA (S. Livramento)	6.157	4.284	3.996	5.138	5.103	4.894	5.518	5.049	5.315	50%
5	5922216 HOSPITAL CASA DE SAUDE	-	-	4.285	4.694	4.373	3.900	3.817	3.165	4.304	58%
6	2248328 SANTA CASA DE ALEGRETE	5.655	5.477	5.550	5.766	5.798	5.719	5.992	5.352	4.265	65%
7	2244357 HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO	4.723	4.884	4.495	3.851	3.588	2.990	3.008	3.821	3.572	71%
8	2248239 HOSPITAL AUXILIADORA (Rosário do Sul)	2.943	2.740	2.674	2.774	2.854	2.746	2.449	2.181	2.670	75%
9	2248271 HOSPITAL SAO PATRICIO DE ITAQUI	2.256	2.281	1.974	2.213	2.322	2.501	2.463	2.366	2.473	80%
10	2234386 HOSPITAL AGUDO	1.328	1.186	1.217	1.175	1.058	1.314	1.550	1.647	1.525	82%
11	2248247 FUNDACAO HOSPITALAR DE CARIDADE DE QUARAI	1.507	1.503	1.441	1.301	1.334	1.416	1.480	1.576	1.441	85%
12	2244322 HOSPITAL SANTO ANTONIO (São Sepé)	1.818	1.905	1.827	1.941	1.681	1.595	1.407	1.278	1.409	87%
13	2244330 HOSPITAL SANTO ANTONIO (São Francisco Assis)	1.316	1.310	1.380	1.102	1.007	1.105	1.365	1.109	1.065	89%
14	2244152 HOSPITAL DE CARIDADE DE JAGUARI	818	718	549	929	693	758	631	624	862	90%
15	2244098 HOSPITAL BERNARDINA SALLES DE BARROS (J. Castilhos)	1.315	1.326	1.301	1.233	1.055	822	744	631	856	92%
	Demais unidades	6.506	7.320	6.937	6.573	6.384	7.517	8.109	7.140	4.836	100%

Fonte: TabNet DataSUS.

Quanto à natureza jurídica das instituições responsáveis pela prestação de serviços de internação, observamos que a maioria esmagadora das AIH concentra-se em unidades pertencentes a entidades sem fins lucrativos (quase 80%), inexistindo serviços de internação estaduais. Ao contrário do que se observa na prestação de serviços ambulatoriais, o papel dos municípios neste nível de atenção é bem pouco expressivo. Do ponto de vista público estatal, há número importante apenas de internações em unidade federal (especificamente no Hospital Universitário de Santa Maria), com pouco mais de 20% das internações da macrorregião

Tabela 12 - Evolução das internações hospitalares, por esfera jurídica do prestador de serviços

Macrorregião Centro-Oeste – 2014-2016

Esfera jurídica	2014	2015	2016
Administração Pública	10.573	12.353	13.321
.. Federal	9.457	11.326	12.301
.. Municipal	1.116	1.027	1.020
Entidades sem Fins Lucrativos	49.843	46.896	45.678
Total	60.416	59.249	58.999

Fonte: TabNet DataSUS.

Das internações de residentes da macrorregião Centro-oeste, apenas 5% tem se realizado fora desta região. Estes 5%, contudo, concentra-se em internações de média e alta complexidade e consomem, apenas no município de Porto Alegre, cerca de 14 mil internações/mês, o que equivale a produção anual de uma unidade hospitalar de cerca de 250 leitos. Neste sentido, a inclusão de um serviço como o HRSM na região seguramente contribuirá para desafogar os serviços de Porto Alegre e da Região Metropolitana e disponibilizará serviços de maior complexidade a uma distância muito menor da população.

Quando analisamos as internações do ponto de vista do local de residência dos pacientes, temos que a Macrorregião Centro-Oeste é afligida de maneira mais intensa por doenças respiratórias e do aparelho circulatório. Apesar disso, e considerando que o HRSM estaria mais diretamente dedicado a internações de pacientes cirúrgicos de neurocirurgia, traumatologia e de reabilitação (os quais podem incluir pacientes vítimas de AVC), temos pouco mais de 11 mil internações já sendo realizadas para tratamento nestas frentes.

Tabela 13 – Internações, por Capítulo CID
Macrorregião Centro-Oeste – 2008/2016

Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total	65.183	63.261	63.157	63.289	61.019	60.386	62.082	60.579	58.017
X. Doenças do aparelho respiratório	10.685	11.159	11.030	10.558	9.910	10.589	9.376	9.214	9.746
XV. Gravidez parto e puerpério	10.981	10.388	10.202	10.310	9.560	8.823	8.976	9.149	9.176
IX. Doenças do aparelho circulatório	7.937	7.680	7.800	7.740	7.392	7.230	7.689	6.815	6.708
XI. Doenças do aparelho digestivo	6.838	6.759	6.579	6.910	7.231	7.811	8.053	7.395	6.506
II. Neoplasias (tumores)	4.930	4.710	4.300	4.477	4.738	4.688	5.262	5.119	4.918
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	3.575	3.890	3.764	3.712	3.790	3.899	4.329	4.588	4.150
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3.981	3.814	3.761	3.958	4.154	4.083	4.292	4.257	3.743
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4.180	3.595	3.456	3.275	3.433	3.047	3.055	2.987	3.165
V. Transtornos mentais e comportamentais	2.420	2.815	3.390	3.405	2.755	2.442	2.967	3.335	3.090
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.926	1.801	2.044	2.011	1.777	1.577	1.683	1.499	1.504
VI. Doenças do sistema nervoso	1.937	1.826	1.882	1.967	1.723	1.655	1.766	1.630	1.386
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1.506	1.216	1.301	1.309	1.175	1.121	1.215	1.294	1.111
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1.285	948	850	901	787	840	924	861	620
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	395	565	587	598	521	558	527	464	481
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	680	562	647	588	579	489	439	431	466
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	385	331	361	320	344	414	420	469	397
XXI. Contatos com serviços de saúde	974	618	557	530	522	385	369	370	299
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	397	360	392	401	334	391	362	309	291
VII. Doenças do olho e anexos	92	149	167	190	213	218	241	296	166
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	67	62	74	115	71	122	123	91	94
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12	13	13	14	10	4	14	6	-

Fonte: TabNet DataSUS.

Para uma população do tamanho da Macrorregião Centro-Oeste, o esperado segundo os parâmetros do MS é que houvesse ao menos 82 mil internações/ano, o que sugere um déficit atual de mais de 20 mil internações.

Segundo dados da Regulação Estadual, há um volume bastante significativo de pacientes aguardando procedimentos cirúrgicos em traumatologia e neurocirurgia nesta região, o que poderia chegar a 9 mil usuários. Além destes, há os casos que hoje são atendidos em regime de urgência nas unidades de saúde da região e para os quais tem sido bastante difícil encontrar formas de garantir a continuidade do cuidado, seja na forma de segundo tempo cirúrgico ou de atividades de reabilitação.

Mortalidade

A maior causa de mortalidade tanto no total do Brasil quanto no Estado do Rio Grande do Sul e na Macrorregião Centro-Oeste são as doenças relacionadas ao aparelho circulatório (CID Cap. IX), seguidas das Neoplasias (CID Cap. II).

Para as demais causas, observamos variações de ordenamento, mas que mantêm as cinco principais causas de mortalidade comuns a estas três regionalizações (Cap. IX, II, X, XX e XVIII).

Tabela 14 - Distribuição dos óbitos, por capítulo CID
Brasil, Rio Grande do Sul e Macrorregião Centro-Oeste – 2000/2014

Capítulo CID-10	Brasil	Rio Grande do Sul	Macrorregião CO
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5%	4%	4%
II. Neoplasias (tumores)	14%	20%	20%
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1%	0%	0%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5%	5%	4%
V. Transtornos mentais e comportamentais	1%	1%	1%
VI. Doenças do sistema nervoso	2%	2%	2%
VII. Doenças do olho e anexos	0%	0%	0%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0%	0%	0%
IX. Doenças do aparelho circulatório	28%	31%	31%
X. Doenças do aparelho respiratório	10%	12%	12%
XI. Doenças do aparelho digestivo	5%	5%	5%
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0%	0%	0%
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0%	0%	0%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2%	2%	1%
XV. Gravidez parto e puerpério	0%	0%	0%
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3%	2%	2%
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1%	1%	1%
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	10%	5%	8%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	13%	10%	8%
Total	100%	100%	100%

Fonte: TabNet DataSUS.

Nos últimos anos da série histórica avaliadas (2010/2014), observamos que tanto a participação dos óbitos ocorridos no RS sobre o total do Brasil como dos óbitos da Macrorregião Centro-Oeste sobre o total do RS pouco destoam da participação do total da população, o que indica padrão de normalidade em relação ao volume de óbitos ocorridos no país.

Tabela 15 – Número médio de óbitos, por Capítulo CID
 Brasil, Rio Grande do Sul e Macrorregião Centro-oeste – 2010/2014

Capítulo CID-10	Brasil	Rio Grande do Sul	Macrorregião CO
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	50.368	3.289	311
II. Neoplasias (tumores)	190.775	17.229	1.765
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	6.296	353	42
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	73.080	4.457	379
V. Transtornos mentais e comportamentais	12.931	706	96
VI. Doenças do sistema nervoso	28.729	2.549	215
VII. Doenças do olho e anexos	25	3	0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	143	7	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	334.967	23.242	2.442
X. Doenças do aparelho respiratório	129.978	9.970	949
XI. Doenças do aparelho digestivo	60.595	3.787	362
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3.712	171	14
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	4.792	324	28
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	28.206	1.693	143
XV. Gravidez parto e puerpério	1.746	87	6
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	23.120	877	96
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	10.633	550	50
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	75.183	3.718	529
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	149.947	7.546	601
Total	1.185.225	80.554	8.029

Fonte: TabNet DataSUS.

A taxa de crescimento médio ao ano no número de óbitos observada na última década mostra contudo variações importantes na Macrorregião Centro-Oeste em relação ao restante do Brasil. Observa-se ritmo de crescimento nos óbitos registrados na Macrorregião superior à média brasileira para os capítulos I e III, enquanto que nos demais capítulos este ritmo está praticamente igual ou inferior, com destaque para o capítulo IX, no qual se observa inclusive decréscimo no número de óbitos.

O fato de haver crescimento no número de óbitos superior ao crescimento populacional para boa parte das doenças que afetam a região do HRSM sugerem necessidade de ampliação nos esforços de prevenção e atenção à saúde, justificando a incorporação de novos serviços e ampliação dos existentes.

Tabela 16 – Taxa média de crescimento anual no número de óbitos
 Brasil, Rio Grande do Sul e Macrorregião Centro-Oeste – 2000/2014

Capítulo CID-10	Brasil	Rio Grande do Sul	Macrorregião CO
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1,1%	1,9%	3,0%
II. Neoplasias (tumores)	3,5%	2,1%	1,6%
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1,6%	1,3%	2,3%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3,0%	2,3%	1,1%
V. Transtornos mentais e comportamentais	4,8%	1,8%	0,5%
VI. Doenças do sistema nervoso	7,1%	7,7%	6,9%
VII. Doenças do olho e anexos	4,0%	0,0%	0,0%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1,1%	2,4%	0,0%
IX. Doenças do aparelho circulatório	1,8%	0,0%	-0,1%
X. Doenças do aparelho respiratório	3,1%	1,5%	0,6%
XI. Doenças do aparelho digestivo	2,5%	0,7%	0,2%
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6,6%	4,2%	2,9%
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	5,2%	0,7%	-1,1%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6,1%	5,0%	3,3%
XV. Gravidez parto e puerpério	0,9%	0,6%	1,5%
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-3,2%	-3,1%	-4,9%
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,8%	-1,3%	-3,3%
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-4,2%	1,6%	1,2%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1,9%	1,3%	-0,3%
Total	1,7%	1,3%	0,7%

Fonte: TabNet DataSUS.

Na análise de óbitos por faixas etárias, observa-se que no Brasil como um todo, e também na Macrorregião Centro-oeste, houve importante redução na mortalidade infantil, com aumento na concentração de óbitos nos estratos mais idosos.

Tabela 17 – Distribuição dos óbitos por faixas etárias

Brasil, Rio Grande do Sul e Macrorregião Centro-Oeste – 1996/2014

Faixa Etária	Brasil		Rio Grande do Sul		Macrorregião CO	
	1996	2014	1996	2014	1996	2014
Menor 1 ano	8,3%	3,1%	4,9%	1,9%	5,6%	1,7%
1 a 4 anos	1,4%	0,5%	0,9%	0,3%	0,8%	0,3%
5 a 9 anos	0,7%	0,3%	0,5%	0,2%	0,5%	0,2%
10 a 14 anos	0,8%	0,4%	0,6%	0,3%	0,5%	0,3%
15 a 19 anos	2,0%	1,8%	1,5%	1,0%	1,3%	0,7%
20 a 29 anos	5,8%	4,6%	4,0%	3,1%	3,2%	2,3%
30 a 39 anos	7,2%	5,3%	5,6%	3,9%	4,8%	3,1%
40 a 49 anos	8,9%	7,4%	8,3%	6,1%	7,5%	5,8%
50 a 59 anos	11,3%	12,2%	12,1%	12,4%	11,9%	12,2%
60 a 69 anos	16,3%	16,3%	19,3%	18,1%	19,1%	18,6%
70 a 79 anos	18,4%	20,1%	21,8%	22,6%	21,7%	22,6%
80 anos e mais	17,9%	27,7%	20,5%	30,1%	22,7%	32,3%
Idade ignorada	1,1%	0,3%	0,2%	0,1%	0,3%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: TabNet DataSUS.

As mortes por causas externas, em especial, são um indicador importante para o planejamento de um serviço como do HRSM, cujas atividades principais estarão atreladas ao atendimento de vítimas de traumas e pacientes de reabilitação, muitos dos quais se enquadram como vítimas de acidentes com veículos, lesões acidentais e agressões. A Macrorregião responde por quase 8% dos óbitos por causas externas no RS.

Tabela 18 – Óbitos por causas externas

Brasil, Rio Grande do Sul e Macrorregião Centro-Oeste – 2010/2014

Grande Grupo CID10	Brasil	Rio Grande do Sul	Macrorregião CO
V01-V99 Acidentes de transporte	44.557	2.168	178
W00-X59 Outras causas externas de lesões acident	27.552	1.476	161
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	10.161	1.103	100
X85-Y09 Agressões	55.456	2.303	116
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	9.873	392	41
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	692	15	0
Y40-Y84 Complic assistência médica e cirúrgica	1.206	48	4
Y85-Y89 Sequelas de causas externas	450	41	3
Total	149.947	7.546	601

Fonte: TabNet DataSUS.

Em termos percentuais, nota-se que a maior parte dos óbitos por causas externas ocorrem no Brasil devida agressões, seguido dos acidentes de transporte e das demais lesões acidentais. No caso da Macrorregião Centro-Oeste, tem menor importância a participação das

agressões, havendo um espaço maior para as lesões acidentais, o que é típico de regiões mais ruralizadas.

Tabela 19 – Distribuição dos óbitos por causas externas
Brasil, Rio Grande do Sul e Macrorregião Centro-Oeste – 2010/2014

Grande Grupo CID10	Brasil	Rio Grande do Sul	Macrorregião CO
V01-V99 Acidentes de transporte	29,7%	28,7%	29,7%
W00-X59 Outras causas externas de lesões acident	18,4%	19,6%	26,7%
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	6,8%	14,6%	16,7%
X85-Y09 Agressões	37,0%	30,5%	19,3%
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	6,6%	5,2%	6,8%
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	0,5%	0,2%	0,0%
Y40-Y84 Complic assistência médica e cirúrgica	0,8%	0,6%	0,6%
Y85-Y89 Sequelas de causas externas	0,3%	0,5%	0,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: TabNet DataSUS.

Em termos de evolução nas últimas décadas, o movimento no Brasil como um todo tem mostrado que ainda estamos em crescimento no número de óbitos para a maior parte das causas externas, movimento inverso ao observado no interior do RS, onde já se observa uma inversão na tendência de algumas causas.

Tabela 20 – Taxa média de crescimento ao ano nos óbitos por causas externas
Brasil, Rio Grande do Sul e Macrorregião Centro-Oeste – 1996/2014

Grande Grupo CID10	Brasil	Rio Grande do Sul	Macrorregião CO
V01-V99 Acidentes de transporte	1,2%	-0,3%	0,9%
W00-X59 Outras causas externas de lesões acident	0,5%	1,0%	-0,1%
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	2,4%	0,8%	0,0%
X85-Y09 Agressões	2,3%	3,3%	0,3%
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	-0,2%	-4,5%	-4,3%
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	17,8%	3,7%	0,0%
Y40-Y84 Complic assistência médica e cirúrgica	2,4%	3,9%	2,7%
Y85-Y89 Sequelas de causas externas	8,4%	13,7%	0,0%
Total	1,5%	0,8%	-0,4%

Fonte: TabNet DataSUS.

De modo geral, os dados de mortalidade nos sugerem que de fato há ainda demanda para atendimentos nas áreas de traumatologia e neurocirurgia, especialidades diretamente relacionadas com importantes causas de morte observada no país como um todo e em especial na Macrorregião Centro-Oeste.

População com deficiência

Considerando-se que o HRSM deverá se tornar uma importante referência no RS para serviços ambulatoriais e de internação visando reabilitação de pacientes com importantes lesões pós-trauma, bem como clínicas decorrentes de AVC e outras condições debilitantes, incluindo-se aquelas que exijam protetização, procurou-se dimensionar qual seria a população alvo dos serviços de reabilitação física, auditiva e visual.

A partir de dados do Censo Demográfico 2010 e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, estima-se que haja no RS ao menos 2,5 milhões de habitantes com algum tipo de deficiência, o que corresponde a 24% da população do Estado.

Apesar de não haver regionalização para estes dados no nível dos municípios, é possível inferir com base na participação da população da Macrorregião Centro-Oeste no total do RS que haja ao menos 250 mil pessoas com algum tipo de deficiência vivendo nas 4ª e 10ª CRS.

Os dados do Censo nos permitem ainda avaliar que parcela desta população seria portadora de condições mais severas, as quais impõem grandes dificuldades de locomoção e comunicação. A partir destes dados, podemos inferir que haja no RS cerca de 800 mil pessoas com deficiência física, visual e auditiva com grande dificuldade. Para a macrorregião Centro-Oeste, haveria o seguinte cenário:

- Física/motora: 24 mil com grande dificuldade
- Visual: 32 mil com grande dificuldade
- Auditiva: 12 mil com grande dificuldade

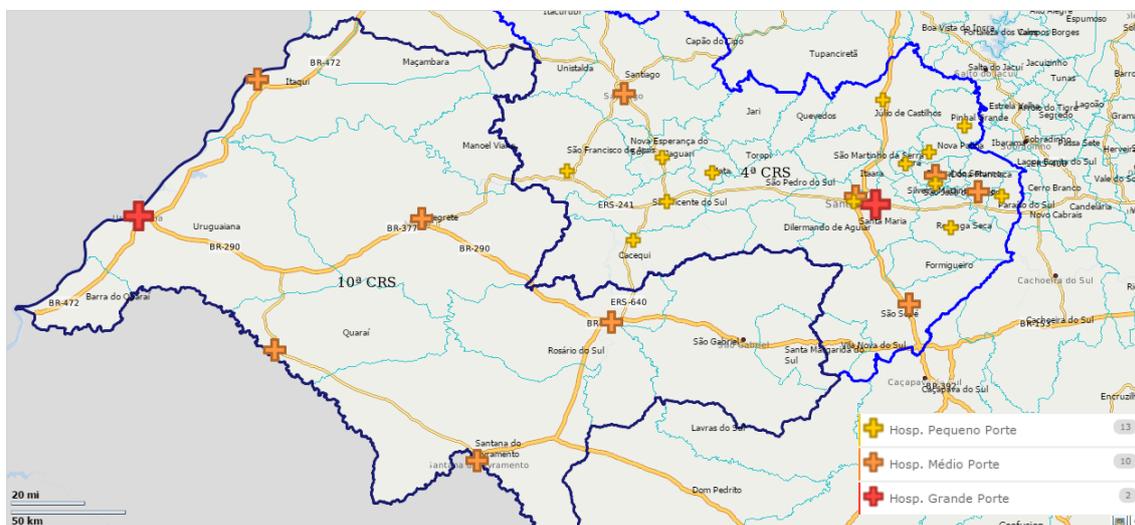
Síntese

É de se supor que, considerando apenas os óbitos e internações por causas ligadas ao sistema nervoso, sistema osteomuscular e de acidentes com transporte, típicas de traumatologia ortopedia e neurocirurgia, haverá demanda não apenas do entorno do HRSM, mas provavelmente de outras partes do RS, para as quais a referência hoje seja apenas Porto Alegre e/ou o extremo oeste do RS (Uruguaiana). O mesmo podendo ser dito dos casos de reabilitação, os quais são em grande medida decorrência destas condições.

No caso das pessoas com deficiência, nota-se que há hoje um importante contingente com pouco ou nenhum acesso a serviços especializados, sendo importante a presença do HRSM como um novo ator na região, podendo inclusive desempenhar um importante papel político/social na defesa dos direitos desta população.

unidades de médio porte (10) e apenas dois serviços de grande porte (Hospital Universitário de Santa Maria e Santa Casa de Uruguaiana)⁶.

Mapa 10 – Unidades hospitalares, por porte Macrorregião Centro-Oeste - 2016



Fonte: CNES-MS.

Estas unidades hospitalares em conjunto são responsáveis por pouco mais de 2 mil leitos SUS, o que seria considerado adequado segundo os parâmetros populacionais preconizados pelo MS (1,8 leito/mil habitante). Contudo, estes leitos estão em grande parte concentrados em unidades de pequeno e médio porte (55% dos leitos SUS), caracterizadas como de baixa complexidade e ocupação (inferior a 60%).

A distribuição nas diferentes especialidades também reflete em parte os problemas na rede. Há uma oferta superior à preconizada para leitos em algumas especialidades (Obstetrícia, Pediatria clínica e Clínica médica) e, por outro lado, inferior (Pediatria cirúrgica, Clínica cirúrgica e UTI pediátrica). Este cenário sugere que a opção por trabalharmos no HRSM com leitos nestas três últimas especialidades é acertada, pois avança diretamente sobre as reais necessidades da rede.

⁶ Para efeitos de classificação por porte, foi adotado o critério de: unidades com menos de 50 leitos (Pequeno), de 50 a 149 leitos (Médio) e maior que 150 leitos (Grande).

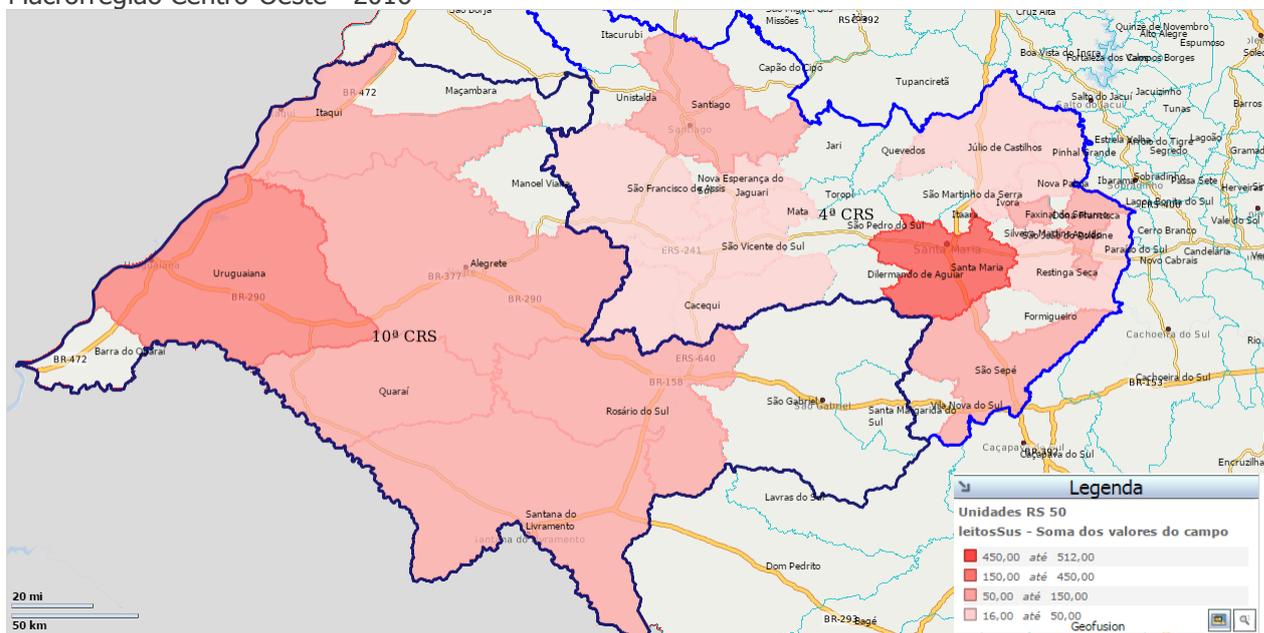
Tabela 21 – Leitos por especialidade (Preconizado MS x Existentes)
Macrorregião Centro-Oeste - 2016

Tipo de leito	Preconizado MS**	Existente
Obstetrícia	176	257
Pediatria clínica	134	265
Pediatria cirúrgica	278	31
Adulto	1.112	1333
Clínica	706	983
Cirurgia	406	350
UTI neo/neonatologia	41	56
UTI pediátrica	23	7
UTI adulto	61	78

Fonte: CNES-MS e Portaria MS.

A distribuição territorial é também desproporcional, com concentração de leitos nos municípios de Santa Maria e Uruguaiiana (onde, como já dissemos, estão instalados os hospitais de maior porte). A existência de municípios com nenhuma ou baixíssima oferta de leitos evidencia os vazios assistenciais, para os quais a cobertura hoje é basicamente de unidades de pequeno porte.

Mapa 11 – Leitos por município
Macrorregião Centro-Oeste - 2016



Fonte: CNES-MS.

Regulação

Foram realizadas conversas com a equipe da Regulação estadual. Informaram que o setor é recente e ainda pequeno, não tendo ainda capacidade para abarcar toda a demanda do Estado.

A equipe entende que há de fato a necessidade de controlar melhor o acesso da população aos serviços de saúde, o que hoje é feito na maior parte do Estado de maneira informal e/ou mediada por profissionais administrativos das coordenações de saúde, o que elimina a possibilidade de uma fila organizada por critérios de gravidade dos casos.

A ocupação das cotas de procedimentos, consultas e exames é considerada ainda em aperfeiçoamento, com grande volume de pacientes que são encaminhados sem intermediação da regulação.

Segundo relatado pela equipe, o tamanho da fila é estimado de forma pouco precisa, havendo indícios de que para algumas especialidades haja inclusive uma demanda 50% inferior à registrada devido ao atraso na atualização das informações pelos municípios.

A Regulação estadual hoje é responsável pela regulação de urgência e emergência e UPAs, gerenciada com o SAMU. Regula transplantes, consultas ambulatoriais especializadas, leitos, saúde mental e consultas e exames para gestação de alto risco.

Segundo dados apresentados pela equipe, cerca de 45% dos pacientes atendidos em serviços de Porto Alegre não residem no município. São vagas que as unidades de saúde da cidade oferecem aos municípios do interior e são gerenciadas via regulação.

Reuniões com equipe de gestores da Secretaria de Estado da Saúde

Na avaliação dos gestores da SES, a rede na região de Santa Maria e entorno (4ª e 10ª CRS) é bastante frágil, com poucos pontos de atenção capazes de receber a demanda de média e alta complexidade. Não há unidades hospitalares públicas estaduais – o serviço é mantido basicamente por unidades filantrópicas e privadas contratualizadas.

Na cidade de Santa Maria em específico o atendimento de maior complexidade restringe-se ao HUSM e à Casa de Saúde. Além destes, o Hospital Dr. Astrogildo de Azevedo, unidade privada, presta serviços especializados ao município e ao próprio HUSM (sobretudo em Oncologia).

Há muitas unidades que prestam serviços, mas não estão contratualizadas com o Estado por falta de estrutura mínima e até mesmo de alvará de funcionamento.

No entorno há ainda o Hosp. São Francisco, 100% privado; Hospital Santiago (filantrópico) com média complexidade, UTI e hemodiálise. Há ainda a Santa Casa de Uruguaiana que, apesar da distância, é hoje a referência para neurocirurgia de toda a região. Gestores comentam que este serviço tem tido problemas em manter esta oferta e a regulação tem

encaminhado boa parte para outros serviços, especialmente em Porto Alegre. A cidade de Alegrete dispõe de uma Santa Casa mais bem estruturada, assim como São Gabriel. Demais unidades hospitalares foram descritas como “precárias”, com muitas dificuldades de financiamento. Há relatos ainda de regiões sob domínio de cartéis de profissionais, que dificultam a entrada de outros prestadores e exercem poder sobre as unidades de saúde de modo a impor preços.

Visita técnica às unidades de saúde de Santa Maria

Coordenação Regional de Saúde

Foram realizadas reuniões com equipe técnica da 4ª CRS visando melhor compreensão do cenário no qual o HRSM se insere e quais seriam as principais expectativas em relação a esta nova unidade hospitalar que se integraria à rede de atenção da região.

Do ponto de vista de Saúde da mulher, criança e adolescente, foi relatada como principal carência a baixa oferta de procedimentos de cirurgia pediátrica.

Informaram que a questão do banco de leite é uma dificuldade na região, que inclusive está impactando na habilitação de obstetrícia de alto risco no HUSM. Hoje há uma proposta de o leite humano ser processado em Rio Grande (400 Km de distância), o que seria um complicador logístico.

Relataram que há forte demanda para acolhimento de gestantes com dependência química, para os quais o HUSM seria a referência por ser a unidade de alto risco, mas que sistematicamente tem rejeitado estes casos devido ao alto índice de fugas e dificuldade de manejo.

As gestantes de risco habitual são encaminhadas para a Casa de Saúde e para o Hosp. Santiago. Nos municípios do entorno, alguns hospitais de pequeno porte (HPP) realizam procedimentos obstétricos, porém com muitas dificuldades, sobretudo de RH (carência de obstetras e pediatras) e estruturais. Neste sentido, argumentam que haveria demanda de partos de risco habitual que poderiam ser encaminhados ao HRSM.

No que se refere à atenção básica, a equipe informou que a cobertura de Estratégia de Saúde da Família é bastante inferior ao que é referido oficialmente para a região (50%), estando de fato abaixo de 30%.

Equipe esclareceu que tem dificuldade em definir quem são os pacientes com risco alto para diabetes e hipertensão, o que dificulta o encaminhamento para unidades mais especializadas.

Hoje os pacientes em surto psiquiátrico não têm uma porta de urgência/emergência constituída. São encaminhados pro HUSM, mas a oferta de leitos lá tem sido pequena (apenas

dois contratualizados com a SES). Segundo a equipe, os CAPS não atuam em rede e cada um atende de forma individualizada, vinculados à UNIFRA.

Informaram que a referência para atendimento de casos de AVC é Uruguaiana, onde têm ocorrido resistência para atender. Não há linha do AVC estruturada na região (não realização de trombólise).

Equipe de AB tem muita dificuldade de comunicação com os hospitais para referenciar os pacientes. Acabam ocorrendo consultas com médicos da atenção básica que não conseguem direcionar os pacientes para especialistas nos hospitais.

No que tange a traumatologia, consideram que os procedimentos cirúrgicos de trauma pediátrico e adulto são gargalos importantes. Segundo relatos, conseguir agendar uma cirurgia é difícil nos hospitais da região, que atendem basicamente baixa e média complexidade, não garantindo segundo tempo. Os exames e procedimentos pós-cirúrgicos são de difícil agendamento, assim como reabilitação.

Quanto à neurocirurgia, disseram que é realmente um gargalo importante. As referências são o HUSM e Uruguaiana, este último tendo deixado de atender nos últimos meses.

Para a equipe da 4ª CRS, o atendimento de Queimados não é um gargalo. Relatam ainda que a demanda por implantar leitos desta especialidade na região seria uma questão mais cultural, devido ao incêndio na Boate Kiss. Contudo, casos de queimados são encaminhados apenas para Porto Alegre.

Sobre a demanda para cirurgia bariátrica, não souberam dizer o tamanho da fila, pois o município regula via Gercom (Sistema de Regulação do Município de Porto Alegre).

Na esfera das demandas de reabilitação, informaram que para próteses auditivas a fila chega a 800 pacientes. O HUSM tem 40 procedimentos/mês contratualizados, mas tem feito apenas 20, o que não leva a resolução da fila no curto e médio prazo. Para a reabilitação física, tem havido espera de 30 a 40 dias para primeira consulta, geralmente na APAE. Já no caso da reabilitação visual, informaram que não há nenhuma oferta na região, apenas em Juruá. Não sabem dizer qual é a demanda, mas sabem que existe. No que se refere à dispensação de meios de locomoção, há fila de mais de seis meses para receber cadeira de rodas, dada a necessidade de ajuste e adaptação de assentos. Já para órtese/prótese, o processo é em geral conduzido pela APAE, com fila sem tamanho informado. Na área de reabilitação intelectual, as ofertas são basicamente da APAE e do HUSM (este último para pacientes nascidos na própria unidade), não havendo gargalo. O mesmo para a estimulação precoce.

A APAE de São Sepé e Agudos contribuem um pouco com a oferta de reabilitação, mas equipe não tem dados a respeito, pois estes atendimentos são realizados diretamente entre APAE e pacientes, sem intermédio da CRS.

A Regulação no nível da Coordenadoria atua nas consultas especializadas eletivas e exames de imagem. Equipe informa não ter controle sobre as demandas de procedimentos cirúrgicos eletivos, os quais ficam a cargo da SMS. As principais demandas referidas foram:

- Consultas

Cardiologia: é um gargalo importante. Há poucas equipes na região.

Neuropediatria, Ortopedia pediátrica, Psiquiatria infantil, Reumatologia e Proctologia: são grandes gargalos, mas equipe não tem dados.

Genética: informaram que não é um gargalo, pois o HUSM oferta oito vagas/mês e eles não chegam a preenchê-las.

Endocrinologia, Oftalmologia e Otorrino: disseram não ser um gargalo.

- Exames

Ressonância magnética: há fila de ao menos mil pacientes, sem referência para realizar exames com sedação.

Ecocardiograma: apenas o HUSM realiza, mas não oferta para paciente externos.

Tomografia com contrastes e sedação: não há referências na rede. Relataram que a tomografia para obesos não é um gargalo.

Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia, MAPA e Holter: não são ofertados na região.

Ultrassonografia: o HUSM pactuou apenas 20 vagas por mês para a rede, mas não tem cumprido a cota. Existem equipamentos na região adquiridos com recursos de programas governamentais, mas não estão sendo utilizados para oferta de exames ao SUS.

Endoscopia/Colonoscopia: oferta apenas no HUSM e em Santiago, com fila grande. No HUSM, há 20 vagas/mês e os pacientes passam por uma consulta prévia para revalidar indicação do exame antes da realização.

Neste cenário de dificuldade de oferta, a equipe destaca o relevante papel do Consórcio Intermunicipal da Região Centro, entidade que tem ofertado exames e procedimentos com remuneração acima do valor da tabela. Isso dificulta uma contratação direta pelo município, que contratam este Consórcio por inexigibilidade de licitação, com tabela fixada anualmente.

- Procedimentos

Cateterismo: a fila para realização do procedimento chega a 8 meses.

Cirurgias de Hospital-Dia: equipe informa que, se as unidades do entorno realizassem o pactuado, não haveria razão de ofertar mais serviços deste tipo na região.

Tratamento de feridas complexas: disseram não ser gargalo.

De forma geral, a equipe relatou como principais riscos ao projeto a existência de interesses corporativos de algumas categorias médicas, os quais estariam ditando o patamar salarial da região.

Hospital Universitário de Santa Maria

A visita técnica ao HUSM foi conduzida por sua diretora geral, Dra. Elaine Resener, acompanhada de equipe técnica. Relataram que o HUSM está enfrentando dificuldades, especialmente no atendimento de urgência/emergência, operando com porta aberta e muito acima de sua capacidade operacional. Segundo a equipe, há projeto em andamento para a ampliação dos leitos de UTI, tanto neonatais, quanto pediátricos e adulto. Seriam mais 40 novos leitos em área a ser ocupada acima do atual pronto-socorro.

Segundo relataram, a UTI pediátrica permanece a maior parte do ano com baixa ocupação, o que seria sugestivo de baixa necessidade de abertura de novos leitos desta especialidade no HRSM destinados à rede (poderia se restringir a leitos apenas de suporte às atividades cirúrgicas da própria unidade).

Sobre leitos de UTI neo, relataram que a capacidade deve dobrar com a abertura de novos leitos, contemplando toda a necessidade de leitos da região e reforçando a proposta de que este tipo de oferta não caberia ao HRSM.

Informaram que há uma fila no HUSM de 3 mil pacientes aguardando procedimentos ortopédicos e que a fila no RS é de mais de 9 mil pacientes. No que se refere a procedimentos eletivos, informam que hoje produzem pouco, mas que a intenção é produzir o suficiente para atender às necessidades de ensino para os programas de residência. A estrutura do HUSM conta com nove salas cirúrgicas, das quais uma é exclusivamente de Centro Obstétrico, uma dedicada a Endoscopia e uma dedicada às Urgências. Com o elevado número de urgências, as salas que deveriam produzir procedimentos eletivos passam a ser consumidas. Parte dos procedimentos eletivos registrados são casos de demanda judicial, ocupando uma sala quase que integralmente.

Pacientes de Neurocirurgia que até 2016 tinham como referência Uruguaiana, hoje são encaminhados à Porto Alegre por falta de outras referências, reforçando a necessidade de que esse serviço seja ofertado no HRSM.

Sobre a demanda de partos, esclarecem que há uma migração das pacientes que antigamente eram atendidas em unidades menores dos municípios no entorno para ganharem bebês em Santa Maria. Isso acontece tanto por dificuldades de RH para estas regiões, como por incapacidade destas unidades de lidarem com metas para elas elevadas de partos normais, o que inviabilizaria financeiramente estas unidades.

Sobre o atendimento a Queimados, consideram importante que o HRSM contemple esta especialidade, inclusive como atendimento de urgência. Referem que hoje os pacientes desta

região são encaminhados ao Hospital Cristo Redentor em Porto Alegre, o que impõe certo grau de risco assistencial.

Hoje o HUSM é a referência para emergências na região. Casos mais simples são encaminhados à UPA (unidade sob gestão da Unifra). A equipe do HUSM sugere que deveria haver uma Regulação especialmente dedicada à Santa Maria e entorno, o que agilizaria decisões que hoje passam por Porto Alegre.

O HUSM tem fortalecido suas ações na área de Oncologia, realizando biópsias, cirurgias reparadoras e de câncer de pele.

A média mensal de saídas de internação é de 1.400 pacientes. Na área de SADT, HUSM realiza mais de 18 mil atendimentos/mês, com Laboratório voltado para a demanda interna, mamografia, tomografia e ultrassom. Já quanto à oferta/demanda de consultas especializadas, a equipe informa que o HUSM já se propôs a cobrir toda a demanda da 4ª CRS, porém o absenteísmo é elevado (>30%) e prefeituras seguem comprando consultas do Consórcio a despeito da oferta do HUSM.

Na área de Reabilitação auditiva, informam que há fila e 200 procedimentos contratualizados com a SES. Para a Reabilitação física/respiratória, observam fila apesar de realizarem mais de 6 mil sessões/mês. Na área de Reabilitação Intelectual, informam realizar atendimento a alguns pacientes nascidos na unidade com problemas de desenvolvimento, até os 7 anos de idade. Segundo relataram, a incidência de problemas congênitos é elevada na região em decorrência do uso indiscriminado de agrotóxicos neurotóxicos na cultura do fumo. Não oferece reabilitação visual.

Consideram importante que alguma unidade na região absorva a linha do AVC.

Na avaliação da equipe, a Atenção básica no território é bastante frágil. Profissionais do Mais Médicos foram alocados na região, mas subprefeituras, devido à crise, retiraram seus profissionais contratados do território, fragilizando o atendimento.

O HUSM possui um programa de internação domiciliar, que atende toda a área urbana de Santa Maria. Seu foco é desospitalização precoce de pacientes que não requeiram cuidados hospitalares mais intensivos.

Casa de Saúde

A Casa de Saúde é uma unidade hospitalar referência para partos de risco habitual na região de Santa Maria, para procedimentos cirúrgicos de baixa e média complexidade e em saúde mental. É uma unidade municipal que desde 2010 é gerenciada por entidade filantrópica (Unifra), a qual também administra hospital privado e universidade no município com cursos na área da Saúde.

Segundo relatado por sua diretora, Sra. Ubaldina Souza, a unidade realiza cerca de 100 partos/mês, sendo mais de 80% vaginais. O baixo índice de cesáreas deve-se, em grande medida, ao programa de formação em Enfermagem Obstétrica ali sediada. Não dispõe de leitos de UTI neonatal e, portanto, foca o atendimento nas pacientes de baixo habitual, tendo por referência o HUSM no caso de complicações.

Na visão da equipe, o hospital teria muito mais a oferecer à rede, desde que fossem concluídas obras para instalação de leitos de terapia intensiva tanto adultos quanto pediátricos. A unidade hoje opera com 122 leitos, mas tem espaço e capacidade de atender mais.

Sua estrutura conta com seis salas cirúrgicas e dez leitos de RPA (bloco foi recém reformado e equipado). Realiza procedimentos cirúrgicos eletivos. São 25 leitos cirúrgicos com nove especialidades ativas.

Em área anexa ao hospital encontra-se uma UPA, igualmente administrada pela Unifra. Conta com quatro leitos de sala vermelha e 12 leitos de observação, realizando 7,5 mil atendimentos de urgência/mês. Enfrenta dificuldades financeiras (déficit mensal de R\$ 100 mil) e possui equipamentos quebrados, reduzindo sua capacidade operacional.

Avaliam que a gestão da rede se dá muito mais no contato direto entre os diferentes atores da região, havendo pouca mediação da regulação estadual. Na visão da equipe, quem dita os rumos da assistência na cidade é o HUSM, determinando quais pacientes podem ser recebidos ou não.

Reforçam a necessidade de haver uma unidade no território como referência para a linha do AVC, pois os casos da região, hoje, não possuem direcionamento, havendo elevado índice de pacientes sequelados.

Os gestores manifestaram interesse passado em desenvolver programa de reabilitação visual, mas equipe desistiu diante da complexidade do serviço e dificuldade em conseguir profissionais.

Possui ambulatório com seis consultórios, os quais oferecem consultas de:

- Traumatologia-ortopedia;
- Otorrinolaringologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Buco-maxilo
- Urologia
- Vasculatura

- Proctologia

A Unifra possui 5 mil alunos e cursos nas áreas de:

- Fisioterapia

- Odontologia

- Enfermagem

- Nutrição

- Terapia ocupacional

- Psicologia

- Serviço social

- Psicologia

- Física biomédica

- Engenharia biomédica

Quando a unidade precisa de exames de ressonância e tomografia, conta com a compra destes serviços pela PMSM diretamente com o Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Sinalizaram dificuldades com as equipes médicas da região e informaram que, havendo novos profissionais trazidos de fora para o HRSM, têm interesse em dividir a carga das equipes.

Unidade está em processo de certificação pelo CQH.

APAE Santa Maria

A estrutura da APAE foi apresentada por seu diretor, Sr. Julio Brenner, acompanhado por representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (Adriana Krum e Liliane Melo).

A APAE é uma unidade habilitada como CER II desde dez/14, tendo iniciado suas atividades em ago/15. Sua rotina de trabalho está baseada em uma triagem dos pacientes encaminhados pela rede, a qual é feita uma vez por semana, com abertura de vagas para 20 novos pacientes. Em média, realizam seis meses de acompanhamento fisioterápico e/ou de reabilitação intelectual. Chegam a receber até 120 usuários para reabilitação física por mês, os quais se renovam conforme é possível haver altas. Pacientes de reabilitação intelectual são incluídos em programa para a vida toda.

Após este período, e mesmo durante o processo de reabilitação, há tentativas da equipe de assistência social para direcionar os pacientes para a rede municipal nas diferentes prefeituras que compõem a 4ª e a 10ª CRS.

As atividades de protetização são realizadas às sextas-feiras, quando uma equipe especializada vai a Santa Maria colher os moldes, com ajuste das próteses sendo feito em Porto Alegre. Depois de protetizados, pacientes passam por revisão a cada dois meses.

A espera para atendimento está hoje em torno de 60 dias. A partir de março, a unidade passou a receber os pacientes da 10ª CRS (apenas reabilitação física), o que deve provocar aumento no tempo de espera.

A equipe da APAE é composta por:

- 2 Terapeutas ocupacionais
- 2 Psicólogas
- 4 Fisioterapeutas
- 2 Médicos (Fisiatras)
- 2 Fonoaudiólogos

Apesar de não ter sido dito pela equipe da APAE, é nítida a limitação operacional no médio/longo prazo, com a manutenção no programa de pacientes crônicos, deixando pouco espaço para abrigar novos casos.

Hoje a APAE conta com apoio cirúrgico e de preparo de coto realizado pelo Hospital Universitário de Santa Maria, porém encontra dificuldades com este fluxo devido às limitações operacionais para comportar um volume ainda maior de pacientes cirúrgicos.

Referem que para a reabilitação visual não há qualquer referência para a região e que a reabilitação auditiva vem sendo feita pelo HUSM, porém com redução na produção devido ao professor encarregado por esta atividade ter se aposentado em 2016.

Julio comenta que uma importante dificuldade para o acesso dos pacientes aos serviços de saúde na região é justamente o transporte. Os pequenos municípios têm poucos veículos dedicados a esta atividade e com quebras frequentes, fazendo com que os atendimentos tenham que ser remarcados. Sinaliza também que há demanda na rede para as atividades de estimulação precoce, as quais são realizadas pela equipe da APAE, mas há ainda crianças desassistidas na região.

Os pacientes da APAE que demandem algum tipo de exame diagnóstico são encaminhados para a rede, seguindo fila local conforme regulação.

Segundo a SMS, há uma fila de 9 mil pacientes para consultas em traumatologia-ortopedia. Representantes da SMS acrescentam que a cidade experimentou queda no número de leitos privados e SUS desde o início da crise, o que tem dificultado o acesso da população a serviços hospitalares. Consideraram o município de Passo Fundo como uma boa referência para traumato-

ortopedia, onde hoje há um hospital que absorve parte significativa da demanda. Esclarecem que o Consórcio Intermunicipal formado na região realiza parte dos exames de média e alta complexidade (segundo averiguamos posteriormente, a SMS gasta de R\$ 20 a 30 mil reais por mês com produção assistencial do Consórcio).

Síntese

Baixa oferta de serviços hospitalares de alta e média complexidade, bem como de leitos SUS, com dificuldades de acesso que muitas vezes exigem transferência de pacientes para a capital;

Cobertura de Atenção Básica efetiva de menos de 30%;

Baixa oferta de consultas especializadas e exames, com elevado número de consultas e exames contratualizados com a rede privada;

Rede de atenção fragmentada e pouco estruturada, havendo baixa adesão às linhas de cuidado integral;

Interesses corporativos privados acima dos interesses do SUS.

3.3. Avaliação das propostas assistenciais

Reuniões com a Secretaria de Estado da Saúde para levantamento de demandas

Foram realizadas rodas de conversa com os principais gestores da Secretaria de Estado da Saúde, os quais tiveram a oportunidade de apontar as principais demandas que consideravam relevantes para o rol de atividades do HRSM. Foi solicitado inclusive que se manifestassem no sentido de evidenciar serviços que não tivessem sido previstos no plano original, mas que hoje são importantes gargalos da rede e que poderiam por ventura ser incluídos nas avaliações deste projeto.

Dentre os serviços relatados como demandas reprimidas estão:

- Oxigenoterapia hiperbárica;
- Serviços de urologia, especialmente aplicação de toxina botulínica;
- Gastrenterologia, especialmente para pacientes gastrostomizados;
- Biópsias
- Laboratório de marcha/movimento (demanda hoje é direcionada ao Sarah)
- Ressonância magnética para obesos/campo aberto
- Ambulatório de crônicos: para atendimento de hipertensão e diabetes
- Reumatologia

- Exame cito e anatomopatológico
- Genética
- Reabilitação de paciente disfágico, com realização de exames diagnósticos relacionados (videodeglutograma, videofluoroscopia...)
- Oftalmologia, em especial retinopatia infantil e trauma ocular (“olho furado”)
- Eletroneuromiografia
- Eletroencefalograma
- Reabilitação respiratória (para pacientes vítimas do incêndio na Kiss).
- Implante coclear e reconstrução do pavilhão auditivo
- Triagem auditiva (BERA)

Entre tudo que foi discutido, observa-se um núcleo comum de necessidades que orbita ao redor da questão da reabilitação em suas diferentes frentes: motora, mental, visual, auditiva. Vinculado a este núcleo estariam atividades de Neurocirurgia, Traumato-Ortopedia e Queimados, todas para atenção referenciada, com casos agudos atendidos nas outras unidades da região.

A equipe apresenta muitas atividades para as quais há demanda na região e que gostariam que fossem incorporadas ao projeto, porém parte delas fogem desta vocação da unidade e não estão alinhadas com o que se espera de uma unidade hospitalar de média/alta complexidade. É o caso por exemplo de agregar um ambulatório de pacientes crônicos, dentro da lógica de Cuidados Integrados proposta à SES-RS no âmbito de projeto Proadi do Hosp. Samaritano: prevê trazer para o ambiente hospitalar cuidados que são claramente destinados a programas de internação domiciliar, como atenção a pacientes em antibioticoterapia, com sonda, com feridas complexas etc.

A equipe da Saúde da Pessoa com Deficiência apresentou algumas demandas mais específicas, entre elas a de que os grandes gargalos estariam de fato na reabilitação física e auditiva. Informaram que para a cobertura da 10ª CRS, há previsão de que se instale um CER em Alegrete, o que pode ajudar a reduzir um pouco a demanda (foco em auditiva/física). Segundo eles, há uma fila grande para próteses, sobretudo para preparação de cotos. Após o período de protetização, caberia um suporte com oficina ortopédica, pois hoje há muitos pacientes com pequenos reparos de prótese que acabam ficando longos períodos aguardando.

Haveria espaço para desenvolver ações de capacitação de equipes de fisioterapia na atenção básica dos municípios do entorno, pois hoje têm dificuldade em lidar com pacientes que exijam maior complexidade.

Dentre equipamentos mais específicos, não previstos na portaria de reabilitação (MS 793, 2776), citaram a necessidade de haver um Pediasuit (para reabilitação de pacientes com paralisia cerebral, os quais têm gerado muita judicialização).

Para a equipe de Saúde da Criança, há uma oferta baixíssima de leitos de UTI pediátrica em todo o Estado. Na região de Santa Maria (4ª e 10ª CRS) há apenas 8 leitos SUS! No caso da oferta de leitos cirúrgicos, até existe capacidade instalada, porém a resolatividade é baixa e a qualidade dos serviços deixa muito a desejar (contam de fato com apenas 50% dos leitos disponíveis). Informaram que, de fato, não há necessidade de leitos de UTI neonatal, o que fortalece a proposta de eliminar este serviço e utilizar a área para UTI ped.

Para as principais demandas levantadas, foi desenvolvida uma breve avaliação, a qual foi apresentada e validada pela SES-RS para definição do rol de atividades planejadas para o HRSM:

1. Serviço ambulatorial de reabilitação nas áreas Física, Intelectual, Auditiva e Visual

No rol de atividades do HRSM teríamos também atendimentos de reabilitação nas quatro áreas de atenção: física/motora, auditiva, visual e intelectual. Seriam atendidos prioritariamente pacientes pós-cirúrgicos e/ou que tenham recebido alta da unidade de reabilitação do HRSM. A unidade também poderia receber casos encaminhados pela Regulação, sobretudo os de residentes na 4ª e 10ª CRS.

Assim como o ambulatório cirúrgico, o principal propósito seria prestar atendimento por período de tempo limitado, transferindo esse cuidado para outras unidades da rede, com apoio matricial das mesmas. Por se tratar muitas vezes de pacientes com condições crônicas, é preciso que haja estratégias de rotatividade para garantir o acesso de novos pacientes. A proposta é que esses casos tenham possibilidade de retorno ao HRSM, conforme definido no PTS, para revisão das condutas em nível ambulatorial.

No caso das reabilitações física, auditiva e visual, foi evidenciada a necessidade de ampliação da oferta, considerando que há poucos serviços atuando nesta frente. No caso da reabilitação intelectual, foi considerado que a APAE e o HUSM já desempenham um papel importante na região, com potencial de crescimento, dispensando a inclusão deste serviço no HRSM.

2. Internação nas áreas de Traumatologia-ortopedia, Neurocirurgia e Reabilitação/Cuidados continuados integrados

Conforme já apresentado anteriormente, há uma demanda importante nas áreas de traumatologia-ortopedia, neurocirurgia e internação para reabilitação, tanto em decorrência do perfil epidemiológico quanto da oferta praticamente inexistente de serviços de maior complexidade para estas especialidades na região.

3. Cirurgia bariátrica

Nas reuniões com a equipe da SES-RS, foi demandada a inclusão de procedimentos de cirurgia bariátrica no HRSM, uma vez que no Estado todo há apenas quatro serviços habilitados e uma fila elevada (SES-RS está providenciando dados mais completos).

Caso opte pela inclusão dos procedimentos de cirurgia bariátrica no escopo de atividades do HRSM, seria necessário, além da equipe especializada, a aquisição de tomografia de campo aberto, camas para obeso e demais equipamentos específicos, alguns dos quais envolvem readequação da área física (elevadores, manguito, balança, vaso sanitário especial etc.).

Os serviços são habilitados com no mínimo três leitos, comprometendo-se a uma produção mínima mensal de oito procedimentos/mês, conforme estabelecido na Portaria MS n. 492/2007.

A melhor opção, neste cenário, seria o HRSM se responsabilizar pelos pacientes encaminhados pelos serviços especializados (Centro de Atenção ao Obeso), não realizando portanto o ambulatório para indicação da cirurgia, apenas o ambulatório do pré-cirúrgico imediato. Seria possível, com seis leitos, produzir ao menos 24 cirurgias/mês. Estes pacientes viriam da demanda reprimida da região, já pré-classificados, com indicação conforme protocolo.

O protocolo para indicação de cirurgia bariátrica prevê a realização de ambulatório especializado, com equipe multi, por ao menos dois anos. Havendo falha na redução de peso ou perda de peso insuficiente, a cirurgia passa a ser indicada para pacientes com IMC acima de 35, associado a comorbidades, ou acima de IMC 40.

Segundo a Regulação Estadual, há uma fila considerável de pacientes aguardando realização de cirurgia bariátrica.

A avaliação da equipe de consultores do HSL e validada junto à SES aponta para a não inclusão deste serviço no rol de atividades do HRSM, considerando que não há oferta de atenção ambulatorial suficiente na rede e não caberia incluir esta demanda dentro da estrutura existente, pois esta já se encontra reduzida frente às demandas das áreas núcleo, de modo a contemplar todo o protocolo preconizado pelo MS.

4. Queimados

Em reuniões com a equipe técnica da SES-RS, foi levantada a possibilidade de incorporação de serviço de atendimento a Queimados no HRSM.

A proposta é que as internações não sejam para a fase aguda dos casos, a qual seria atendida nas unidades habilitadas para Queimados em média e alta complexidade. A unidade de Queimados do HRSM seria referência para reabilitação dos pacientes pós-estabilização. O HRSM seria responsável pela internação destes pacientes para procedimentos

cirúrgicos nas áreas de cirurgia plástica, cirurgia geral e preparo para protetização (quando aplicável).

O atendimento ambulatorial destes casos seria feito no próprio HRSM, com transferência do cuidado para a rede, conforme PTS.

Segundo dados da SES-RS, haveria demanda para pacientes de toda a região Norte e Centro do Estado do RS.

Na avaliação da equipe de consultores do HSL, foi considerado que hoje não está prevista área física para atendimento de pacientes queimados no HRSM, havendo necessidade de muitas readequações. A equipe da SES-RS cogitou utilizar a área do atual Centro Obstétrico para este fim, onde haveria duas salas de procedimentos e poderia se converter as salas de pré-parto e cuidado intermediário neonatal para receber os pacientes queimados. Para essas adequações, seria necessária uma grande intervenção na área física, especialmente refazendo boa parte da estrutura das salas cirúrgicas. Além disso, discutiu-se a possibilidade de se implantar apenas as atividades de reabilitação para queimados, contudo caberia avaliar se seria possível habilitar o serviço apenas neste item da linha de cuidado, sem contar com atendimento das urgências, dado que a portaria que estabelece a habilitação de serviços desta finalidade prevê que as unidades contem com área de pronto-atendimento, ambulatório, centro cirúrgico e internação, com integralidade.

5. Oferta cirúrgica em regime de Hospital-Dia

Em discussão com as equipes da SES-RS, houve muitas demandas de procedimentos de baixa e média complexidade, dos quais parte poderia ser realizada em regime de hospital-dia.

Parte desta demanda, hoje, é feita via judicialização, em unidades privadas e/ou em parceiros filantrópicos, conforme contratualização, mas com baixa disponibilidade de agenda.

Parte dessas especialidades, são demandas específicas do serviço de reabilitação e de suporte pós-cirúrgico dos pacientes vítimas de trauma. De forma complementar, algumas especialidades agregadas à estrutura do HRSM (por cumprimento das portarias específicas que regem a habilitação dos serviços), poderiam ser utilizadas para realização de outras atividades, de modo a otimizar a capacidade operacional, especialmente equipe médica.

A proposta seria de um atendimento de HD das 7h às 19h, com agenda estabelecida.

Tabela 22 – Sugestão de procedimentos para o Hospital-Dia

Linhas	Procedimentos sugeridos
Cirurgia geral	Cirurgias orificiais; Herniorrafia; Biópsias; Desbridamentos; Implante de cateter; procedimentos para pacientes ostomizados; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Cirurgia pediátrica	Postectomia; Herniorrafia; Implante de cateter; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Urologia	Postectomia; Troca de Duplo J; Aplicação de toxina botulínica; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Cirurgião vascular	Safenectomia; Desbridamento de úlcera varicosa; Fístulas arterio-venosas (FAV); Implante de cateter; Angioplastia; Embolização; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Cirurgião Torácico	Biópsia de pleura
Buco-Maxilo	Implante dentário; Articulação têmporo-mandibular; Contenção dentária; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Cirurgia plástica	Orelha de abano; Retirada de queleide; Aplicação de toxina botulínica em pacientes com quadros neurológicos; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Gastrenterologia	CPRE; Polipectomia; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Otorrinolaringologia	Septoplastia; Retirada de corpo estranho; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Traumato-ortopedia	Artroscopia; Cirurgia de Menisco; Cirurgia ligamentar; Cisto sinovial; Túnel do carpo; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Neurocirurgia	Demais de apoio à reabilitação/traumatologia

6. Serviço ambulatorial para pacientes crônicos (Hipertensão e Diabetes)

Nas reuniões com a equipe da SES-RS, foi discutido o interesse em instalar no HRSM uma unidade ambulatorial específica para o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, em especial com diabetes de “Alto” e “Muito alto” risco e de hipertensão com “Muito alto” risco.

Dentro destes critérios, segundo a SES-RS, haveria uma população-alvo na 4ª e 10ª CRS de aproximadamente 21 mil pessoas, para as quais seria indicado acompanhamento mais especializado e multiprofissional, com acesso aos especialistas vinculados ao HRSM.

Haveria uma lógica de cuidado matricial, envolvendo a atenção básica. O objetivo seria prestar atendimento por período de tempo limitado, transferindo esse cuidado para outras

unidades da rede, com apoio matricial das mesmas. Haveria inclusive um trabalho de capacitação dos profissionais da atenção básica para que eles estejam aptos a lidar com as eventualidades no tratamento destes casos e dos próximos que possam surgir em sua área de abrangência. Assim como nos demais ambulatórios, é preciso que haja estratégias de rotatividade para garantir o acesso de novos pacientes, sobretudo a responsabilização da atenção básica. A proposta contudo é que esses casos tenham possibilidade de retorno ao HRSM, conforme definido no PTS, para revisão.

Considerando a demanda e o interesse da SES, a equipe de Consultores HSL avalia que caberia a inclusão desta atividade no rol do HRSM, porém hoje não há capacidade de consultórios que permita abarcar ainda mais este serviço. Seria necessário portanto adaptar a área física de algum espaço que tenha perdido função (ex. Banco de Leite ou subsolo do bloco B) para comportar esta atividade.

6. Maternidade e UTI Neonatal

Conforme apresentado ao longo deste documento, a inversão de curva de crescimento populacional e a ampla oferta de leitos obstétricos na região já seriam fatores suficientes para justificar a não inclusão de leitos obstétricos e neonatais no HRSM. A isso soma-se a ampliação prevista de leitos neonatais no HUSM e o potencial que a rede já dispõe de ampliar sua oferta, caso necessário.

Deste modo, a equipe de Consultores HSL indica a não inclusão desta atividade no rol do HRSM.

7. Leitos intensivos adulto

Como se observa na análise territorial anteriormente apresentada, haveria em um cenário de menor exigência um quantitativo adequado de leitos de UTI adulto para o tamanho da população da região. Considerando que no caso específico do HUSM, unidade com maior oferta de leitos de UTI na região, há pacientes de maior complexidade que requerem tempo de internação superior ao esperado para a média das UTIs, além de receberem pacientes crônicos com certa, haveria uma capacidade de oferta restrita para a rede. Soma-se a isso a consideração feita inclusive pela SES-RS de que, em um cenário mais adequado à realidade da região (cenário 3 da Portaria 1.631/2015) poderia se considerar que há ainda carência de leitos, o que coaduna com as falas dos gestores no território.

Tendo em vista estes argumentos e compreendendo que dada a complexidade esperada para o HRSM serão invariavelmente necessários leitos de UTI adulto como retaguarda às atividades cirúrgicas, torna-se obrigatória a oferta de leitos nesta especialidade. Ao passo que o volume de cirurgias e complexidade cresça no HRSM, prevê-se inclusive que esta oferta de apenas

13 leitos seja insuficiente mesmo que só atenda à demanda específica desta unidade hospitalar, devendo-se pensar em futuras ampliações na capacidade instalada.

8. Leitos intensivos pediátricos

Hoje a Macrorregião Centro-Oeste conta com apenas oito leitos de UTI pediátrica, concentrados no HUSM. Esse índice é inferior ao que seria preconizado pelo MS (em torno de 23 leitos para a população-alvo), o que reforça a necessidade de oferta de leitos nesta especialidade.

Além disso, o HRSM está sendo pensado como uma unidade que poderia ofertar serviços de cirurgia, ortopedia e neurocirurgia para pacientes pediátricos, o que naturalmente exige a disponibilidade de leitos intensivos.

9. SADT

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico do HRSM, devido ao seu adensamento tecnológico, deveria servir às demandas internas e ofertar exames para a rede, em especial da 4ª e da 10ª CRS, onde há uma demanda reprimida considerável para muitos exames, conforme apresentamos anteriormente.

Para alguns destes equipamentos, seria inclusive importante pensar em uma oferta que fosse além do horário comercial em dias úteis, dado que a capacidade instalada estaria disponível para a rede e os investimentos em equipamentos já estão feitos, bastando disponibilização basicamente de equipe caso se pretenda estender o atendimento para o período da noite e finais de semana.

Com equipamentos de tecnologia de geração de imagem digital, seria possível realizar a interpretação dos exames a distância, o que reduziria os custos com equipe.

Mantendo-se a decisão de incluir o ambulatório de crônicos no rol de atividades do HRSM, sugere-se a aquisição de equipamento capaz de realizar cardiotomografia coronária, o que complementaria as avaliações de pacientes complexos.

Nas reuniões com equipe de CRS e SES- RS, foram relatadas algumas questões relativas a gargalos de exames diagnósticos, as quais foram confrontadas com o volume estabelecido nos parâmetros do MS para o contingente populacional planejado:

Ecocardiograma: equipe relata que apenas o HUSM realiza este exame, sem oferta para paciente externos, o que justificaria incluímos esta oferta no HRSM para atender a rede. Hoje o déficit estimado é de 12 mil exames.

Tomografia com contrastes e sedação: equipes relatam que não há referências na rede, com oferta exclusivamente de exames sem sedação, com fila de espera elevada. No nível da SES- RS, foi informado que caberia a instalação de tomógrafo de campo aberto para contemplar a necessidade de exames em obesos. Os parâmetros do MS preconizam apenas que deveria haver

disponibilidade de um tomógrafo para cada 100 mil habitantes, sem especificar volume de exames, contudo trata-se de um equipamento sem o qual não seria possível realizar procedimentos de maior complexidade, sendo fundamental sua instalação.

Eletroencefalograma, Eletroencefalografia, MAPA, Holter e Teste ergométrico: segundo informação da 4ª CRS, nenhum destes exames é ofertado em serviços públicos na região, o que por si só justificaria a proposta de sua inclusão no rol de exames a ser ofertado pelo HRSM. O déficit para estes exames supera 10 mil exames/ano. No caso específico dos exames cardiológicos, seriam uma necessidade importante em se mantendo o ambulatório de crônicos integrado ao HRSM. São equipamentos de custo relativamente baixo e que poderiam ser utilizados pela rede da região. A interpretação destes exames também poderia ser feita a distância, reduzindo custos.

Ultrassonografia: segundo relatado pela equipe da 4ª CRS, o HUSM pactuou apenas 20 vagas por mês para a rede, mas não tem cumprido a cota. No contrato em discussão com o HUSM, aparecem apenas cinco procedimentos diagnósticos por USG por mês. As fontes informaram ainda que existem equipamentos na região adquiridos com recursos de programas governamentais, mas não estão sendo utilizados para oferta de exames ao SUS. Caberia portanto avaliar se de fato há demanda para atendimento de pacientes externos nestas circunstâncias, mas trata-se provavelmente de um gargalo pelo uso intensivo desta ferramenta como diagnóstico. O preconizado pelo MS para esta população seria algo ao redor de 156 mil exames/ano, havendo hoje uma oferta estimada de apenas 30 mil.

Endoscopia/Colonoscopia: a equipe da 4ª CRS informou que há apenas oferta deste exame no HUSM e em Santiago, com fila grande, porém não quantificada. Relataram que no HUSM há 20 vagas/mês e os pacientes passam por uma consulta prévia para revalidar indicação do exame antes da realização. Na comparação entre o volume de exames realizados e o volume esperado, conforme portaria do MS, haveria um déficit de ao menos 15 mil exames.

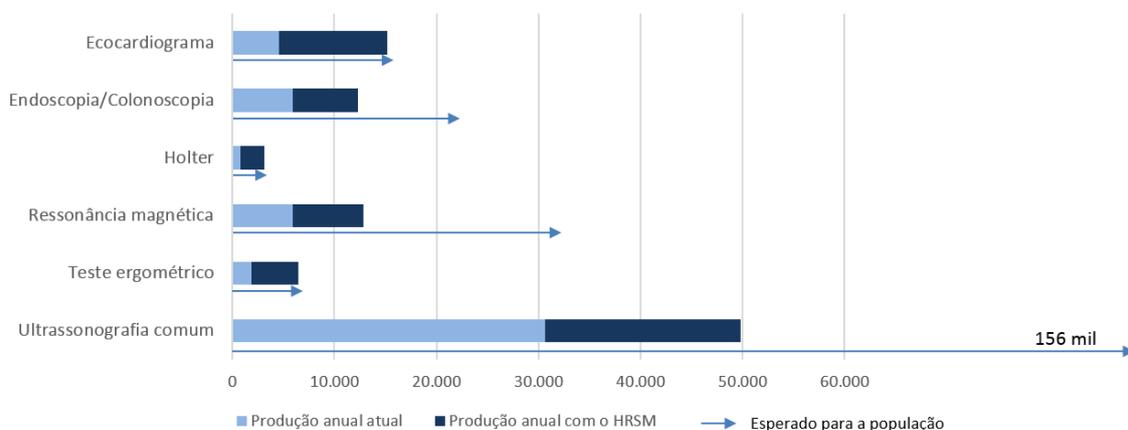
Os procedimentos de radiologia intervencionista poderiam ser interessantes para casos de drenagem de abscessos, hematomas, punções diagnósticas, biópsias, evitando a realização de alguns procedimentos cirúrgicos de campo aberto.

No caso do BERA, seria fundamental, considerando que o aumento do número de unidades habilitadas a realizar a triagem auditiva neonatal, o que deve gerar maior indicação de realização deste exame. Além disso, o HRSM está previsto como uma unidade de reabilitação auditiva, o que justificaria a realização deste exame como uma forma de acesso, identificando pacientes aptos a reabilitação.

Para alguns destes exames, foi possível avaliar o impacto positivo do HRSM na redução das filas e dos déficits estimados de oferta, conforme se vê no gráfico a seguir. Para ecocardiograma, holter e teste ergométrico, por exemplo, será possível atingir o índice de oferta ideal para o

tamanho da população. Nos demais exames, o impacto também será bastante significativo, mas ainda haveria espaço para implantação de outros serviços.

Gráfico 4 – Impacto na região da oferta de exames diagnósticos no HRSM



Fonte: TabNet DataSUS; Portaria GM-MS n. 1.631/2015.

10. Ambulatório de especialidades

Teríamos um ambulatório de avaliação pré-cirúrgica e de seguimento para pacientes vítimas de trauma, que realizaram procedimento cirúrgico dentro do HRSM. Poderiam ser atendidos também casos encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual, desde que dentro do perfil assistencial proposto para o HRSM.

A ideia deste ambulatório seria prestar atendimento por período de tempo limitado, transferindo esse cuidado para outras unidades da rede, com apoio matricial das mesmas. Por se tratar muitas vezes de pacientes com condições crônicas, é preciso que haja estratégias de rotatividade para garantir o acesso de novos pacientes. A proposta é que esses casos tenham possibilidade de retorno ao HRSM, conforme definido no PTS, para revisão das condutas em nível ambulatorial.

- Especialidades propostas

Especialidades médicas	Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico (Traumato + Neuro)	Reabilitação	Ambulatório de crônicos
Oftalmologia	X	X	
Urologia	X	X	X
Neurologia	X	X	
Reumatologia		X	
Cardiologia	X		X
Pneumologia		X	X
Cirurgia geral	X		
Buco-maxilo	X		
Cirurgia plástica	X	X	
Cirurgia torácica	X		
Cirurgia vascular	X		X
Traumato-ortopedia (sub-especialidades: Mão, Joelho, Ombro, Quadril, Coluna)	X	X	
Anestesiologia	X		
Genética		X	
Otorrinolaringologia	X	X	
Gastrologia	X		
Endocrinologia	X		X
Fisioterapia		X	

Multi	Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico (Traumato + Neuro)	Reabilitação	Ambulatório de crônicos
Fisioterapia	X	X	
Farmácia	X	X	X
Assistente social	X	X	X
Psicologia/Psiquiatria	X	X	X
Fonoaudiologia	X	X	
Terapia ocupacional		X	
Nutrição	X	X	X
Cirurgião Dentista	X	X	
Enfermagem	X	X	X
Educação física		X	X

4. MODELO ASSISTENCIAL

4.1. Benchmarking

Hospital da Restinga e Extremo (Porto Alegre, RS)



Foi realizada visita técnica ao Hospital da Restinga e Extremo-Sul, localizado em Porto Alegre, com o intuito de trocar conhecimentos sobre o processo de implantação de um novo hospital e coletar dados que servissem de subsídio para o dimensionamento de produção assistencial, orçamento e plano de escalonamento da entrada em operação do edifício.

Trata-se de uma unidade hospitalar projetada para um custeio mensal de R\$ 11 milhões (plena operação), consumindo hoje algo em torno de R\$ 5,5 milhões entre recursos públicos e de filantropia do Hospital Moinhos de Vento, via Proadi.

Os gestores comentaram algumas das dificuldades enfrentadas no processo de implantação do edifício, ressaltando que deve ser planejado um período de tempo pré-abertura suficiente para capacitação das equipes e organização dos espaços de trabalho, o que foi uma dificuldade para o início da operação do HRES.

Além disso, informaram que na avaliação feita no momento da implantação, ficou comprovada a economicidade na opção por serviços terceirizados na maior parte das atividades de apoio e para algumas das atividades assistenciais, como exames diagnósticos, laboratório e endoscopia, por exemplo.

Hoje o hospital encontra-se apenas parcialmente ativado devido a dificuldades na liberação de recursos de custeio para seu pleno funcionamento, o que acarreta desgastes frente à população e compromete a oferta de serviços para a região. Segundo a equipe, isso ocorreu apesar de ter havido um compromisso prévio de que tais recursos seriam liberados.

Serviço de Reabilitação Rede Lucy Montoro (Vila Mariana e Morumbi - São Paulo, SP)

Criada pelo Governo do Estado de São Paulo, pelo decreto 52.973, de 2008, regulamentada pelo decreto 55.739, de 2010, e alterada pelos decretos 58.050, de 2012, e 61.003, de 2014, a Rede de Reabilitação Lucy Montoro tem como objetivo proporcionar o melhor e mais avançado tratamento de reabilitação para pacientes com deficiências físicas incapacitantes, motoras e sensório-motoras. A Rede realiza programas de reabilitação específicos, de acordo com as características de cada paciente. Os tratamentos são realizados por equipes multidisciplinares, composta por profissionais especializados em reabilitação, entre médicos

fisiatras, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educadores físicos e fonoaudiólogos.

Atualmente, a Rede de Reabilitação Lucy Montoro conta com 15 unidades em funcionamento em todo o Estado e realiza mais de 100 mil atendimentos por mês. Estão em funcionamento as unidades Campinas, Clínicas, Fernandópolis, Lapa, Marília, Mogi Mirim, Morumbi, Pariquera-Açu, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, Santos, São José do Rio Preto, São José dos Campos, Umarizal e Vila Mariana (LUCY MONTORO, 2017).

Conta com unidades acreditadas internacionalmente pela CARF (Commission on the Accreditation on Rehabilitation Facilities), que reconhece serviços de excelência na área de reabilitação física em todo mundo.

Foram visitados dois serviços na cidade de São Paulo – Vila Mariana e Morumbi.

Na Vila Mariana há um dos primeiros serviços de reabilitação implantados no Brasil, antes mesmo da formação da rede. Trata-se de uma unidade inicialmente ambulatorial, que hoje conta também com serviços de internação para reabilitação.



As atividades ambulatoriais são feitas, em geral, em grupos por patologia, com frequência variada ao longo da semana, porém média de três atendimentos semanais de meio período, nos quais o paciente passa por avaliação multi, com médico fisiatra e realiza acompanhamento com fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e atividades de condicionamento físico.

No caso dos pacientes internados, há um plano terapêutico com atividades previstas para o dia todo durante a semana, preferencialmente fora do leito – inclusive refeições. Nos finais de semana o paciente recebe alta administrativa, com programação de atividades terapêuticas a serem realizadas no lar, com apoio de acompanhante. A figura do acompanhante é central, pois ele permanece “internado” junto com o paciente durante todo o período de tratamento, recebendo capacitação da equipe para apoiar o paciente no processo de reabilitação. O tempo de internação gira ao redor de quatro a oito semanas, ao longo das quais é realizado tratamento bastante intensivo visando alcance de





metas estabelecidas no plano terapêutico. Após a alta, o paciente pode ou não seguir com atendimento ambulatorial na própria unidade ou ser referenciado para uma unidade de saúde mais próxima de sua moradia.

Considerando que o acompanhante permanece 24 horas ao lado do paciente internado, a unidade conta com enfermarias de apenas um leito, com poltrona que pode ser revertida para cama, garantindo o conforto mínimo. Tanto paciente quanto acompanhantes fazem suas refeições na unidade, em refeitório comum com funcionários.

A unidade conta também com espaço para treinamento de atividades da vida diária, onde há acompanhamento com equipe de terapia ocupacional para que o paciente aprenda a lidar com suas limitações.



Por se tratar de uma unidade vinculada ao Hospital das Clínicas de São Paulo e a um núcleo de pesquisa sobre aplicação de novas tecnologias no

tratamento de pacientes em reabilitação, o serviço conta com muitos equipamentos de robótica e de estimulação eletromagnética, os quais são utilizados em protocolos de pesquisa.



Além do ginásio para reabilitação com acompanhamento de fisioterapia, a unidade conta com espaço de condicionamento físico no qual paciente é acompanhado por educador físico, realizando atividades de ganho de massa e resistência muscular.

A equipe relatou que o uso de piscina para atividades de hidroterapia é interessante, mas exige área climatizada, aquecimento da água e vestiário com chuveiros e espaço para guarda de pertences. Hoje a unidade caminha para reduzir o uso desta terapêutica devido a uma série de dificuldades de manejo dos pacientes, alto custo com manutenção e necessidade de atender a normas rigorosas de Vigilância Sanitária.

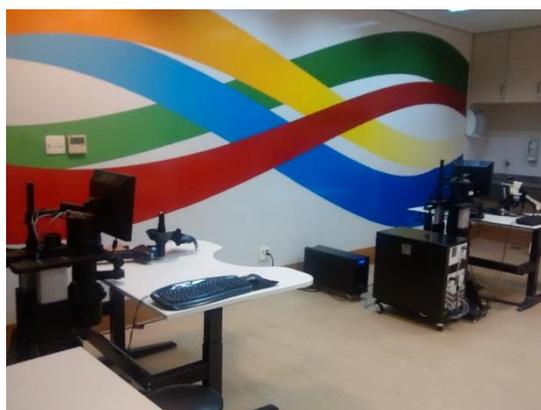


Em linhas gerais, trata-se de um modelo de cuidado reconhecido internacionalmente e que poderia

ser uma referência a ser adotada para o HRSM. O adensamento tecnológico é uma saída utilizada pela Rede Lucy Montoro, mas não necessariamente é o único caminho, podendo-se realizar investimentos mais modestos em tecnologia obtendo-se resultados satisfatórios.



A área física necessária para as atividades de reabilitação é grande, considerando-se que há tanto terapia ocupacional, quanto fisioterapia e condicionamento físico ocorrendo simultaneamente, para pacientes ambulatoriais e internados. Isso exige muitas estações de trabalho, pois há atividades em grupo e individuais, para adultos e pacientes pediátricos, parte das quais deve ser segregada. Por isso propomos que, no caso do HRSM, seja ampliada a área de ginásio de fisioterapia e criado espaço para condicionamento físico. Além disso, seria importante um espaço adicional, podendo inclusive ser multiprofissional, específico para os pacientes internados, próximo da unidade de internação, o que reduziria seu deslocamento. Esta área poderia ser a originalmente planejada como a “Capela”, no 1º pavimento do bloco B.



Considerando que a piscina do HRSM não dispõe de climatização, aquecimento e vestiário, além das dificuldades climáticas locais, baixa produção da hidroterapia e o difícil manejo de pacientes (necessidade de uso de fraldas especiais, com risco de vazamentos que comprometem a utilização do espaço, com comprometimento da agenda de pelo menos um dia quando ocorrem problemas), sugerimos que seja realizada sua cobertura provisória, visando tornar esta área um espaço de condicionamento físico e ampliação do ginásio de fisioterapia, pois só assim seria possível contemplar o volume necessário de atividades de reabilitação para a rede e para os pacientes internados.

Serviço de Reabilitação Rede Lucy Montoro (Mogi Mirim, SP)

A unidade ambulatorial da Rede Lucy Montoro em Mogi-Mirim é um serviço público de reabilitação hoje gerenciado pelo Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês, o qual está à frente da gestão há cinco anos.

Trata-se de um serviço que atende uma população de pouco mais de um milhão de habitantes do interior de São Paulo, atuando exclusivamente na reabilitação física.

É contratualizado pelo Governo do Estado em modelo de contrato de gestão por Organização Social da Saúde, com metas estabelecidas de produção assistencial e qualidade, as quais impactam diretamente no volume de recursos recebidos mensalmente.

O acesso do paciente ao serviço se dá via regulação estadual, com encaminhamento para avaliação inicial com equipe multiprofissional composta por médico fisiatra, psicólogo e assistente social, os quais avaliam o enquadramento nos protocolos da rede (paciente com menos de dois anos de lesão, com possibilidade terapêutica para ganhos de mobilidade e melhoria na qualidade de vida). Pacientes que não se enquadrem no perfil da unidade ou que não apresentem possibilidade de ganhos com a reabilitação naquela unidade especializada, são encaminhados para outros serviços da rede no nível da atenção básica ou ambulatorial no município de origem.

Essa equipe define em reunião multi o plano terapêutico, avaliando condições físicas, psicológicas e sociais, sobretudo de logística para garantir a continuidade da terapia. Por se tratar de uma região extensa e com municípios de pequeno porte, muitas vezes há dificuldades de transporte que exigem reagendamento quando há algum problema com os veículos.

Parte do programa de reabilitação envolve não só atividades de fisioterapia, condicionamento físico e terapia ocupacional, mas também atividades de arte-terapia (com acompanhamento de arte-terapeuta, sob supervisão de terapeuta ocupacional) e atividades físicas com esportes adaptados, as quais são realizadas em ginásio poliesportivo. Estas últimas, em especial, proporcionam também ganhos do ponto de vista de socialização, criando um vínculo do paciente com a unidade, mesmo após o processo de reabilitação.

A unidade foi idealizada como um edifício horizontal, contando com acesso facilitado a pacientes cadeirantes e/ou com dificuldades de locomoção. O espaço também é acessível para pacientes com deficiência visual, contando com piso tátil e sinalização em braile, para o caso de pacientes com deficiências múltiplas que façam reabilitação física na unidade.

Como aprendizado para o HRSM, é importante considerar a existência de protocolos rígidos, com metas claras para os resultados terapêuticos. A unidade dispõe de poucos recursos de alta tecnologia, limitando-se ao uso de braço robótico para membros superiores e jogos eletrônicos (tipo Kinect ou X-Box), sendo muito centrado no cuidado de equipe multiprofissional. Esse tratamento focado no resultado e com perspectiva humanizada gera alto índice de satisfação

na população usuária. Outro fator importante a ser observado para o HRSM é a questão da acessibilidade de pacientes com deficiência visual, a qual ainda não foi implantada no edifício e que precisa ser prevista (piso tátil, sobretudo), considerando a importância da unidade como uma possível referência para outros edifícios do Governo do RS.

Unidade de Reabilitação Hospital Sírio-Libanês (São Paulo, SP)



A unidade de reabilitação do Hospital Sírio-Libanês conta com atendimento basicamente a pacientes ambulatoriais, sendo acreditada internacionalmente pela CARF.

Possui ginásio misto, no qual são realizadas tanto atividades de fisioterapia, quanto de condicionamento físico e terapia ocupacional. Tem também uma sala específica de atividades de vida diária.

Do ponto de vista tecnológico, consideram que o principal investimento em tecnologia para reabilitação é um Sistema de Suspensão para Treino de Marcha (Trilho), o qual permite uma série de exercícios de simulação de caminhada, visando reabilitação de pacientes com prognóstico de recuperação de movimento de marcha.

A área conta ainda com boxes para fisioterapia individual e infantil.

Diferente dos espaços de reabilitação da Rede Lucy Montoro, a área de ginásio do HSL é montada em esquema de circuito, no qual o paciente passa meio período, em média, realizando atividades variadas.



O HSL possui uma área externa, na qual os pacientes podem treinar a marcha em diferentes tipos de piso, com apoio de corrimão.

Para o HRSM, a estrutura do HSL é um exemplo de bom uso do espaço físico e de baixo adensamento tecnológico, com resultados terapêuticos focados no cuidado e similares aos obtidos nos demais serviços de reabilitação de ponta.

Centro de Reabilitação e Readaptação Henrique Santilo (Goiânia, GO)

O CRER é uma unidade pública estadual gerida pela OSS Agir, 1ª OSS de GO, criada pelo Governo do Estado de Goiás em 2002. Possui 136 leitos, sendo 20 de UTI e oito salas cirúrgicas. Realiza mensalmente cerca de 120 saídas de internação clínica e 450 cirúrgicas, além de 11 mil consultas médicas, 3,5 mil não médicas e 23 mil sessões de fisioterapia. A unidade é CER IV, com atenção ambulatorial e internação, realizando ainda procedimentos cirúrgicos em diferentes especialidades.

O orçamento mensal da unidade é de R\$ 9 milhões, dos quais a maior parte é oriunda de recursos do Estado de GO, mas também de doações e contratualização com o município de Goiânia. O faturamento SUS corresponde a uma fatia de apenas 35% dos recursos necessários à operação.

A equipe é composta por 1.440 funcionários CLT e cerca de 300 terceiros, todos contratados diretamente pela OSS.

A unidade hoje atende 100% SUS, mas iniciou suas atividades com prestação de serviços também a convênios. Ao longo do tempo, esta atividade foi mostrando-se inviável, tendo em vista a aplicação de tabelas muito deficitárias pelas operadoras de planos de saúde na região para o tipo de serviços prestados em maior volume pelo CRER.

A Agir gerencia também o Hospital de Urgências Governador Otávio Lage (Hugol) e Hospital de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta.

Suas atividades tiveram início com atendimentos pelo ambulatório em 2002, nas frentes de reabilitação física e auditiva, tendo apenas posteriormente se ampliado para atender a todas as frentes de reabilitação.

Hoje é acreditado ONA III e Iso 9001. Possui habilitação em Traumatologia (Alta complexidade), Audiologia e Implante coclear.

O modelo assistencial está baseado em grandes clínicas: Doenças neuromusculares, Mielo, paralisia cerebral e lesão medular (maior parte dos atendimentos). O atendimento em consultório para reabilitação envolve consultas multiprofissionais em um mesmo consultório na primeira avaliação, permitindo que a equipe discuta o caso entre si e com o paciente logo na abordagem inicial, definindo metas, prazos e proposta terapêutica.

Na reabilitação para pacientes internados o modelo tem apresentado média de 32 dias de permanência, sem alta nos finais de semana, com atividades multi no leito e em ginásio dedicado.

Toda capacidade operacional é ofertada para a Regulação Municipal, a qual encarregase de distribuí-la mediante demandas dos demais serviços da cidade, mas também de outros municípios.

As ações de ensino/pesquisa passam por uma residência em Fisiatria, Radiologia, Otorrinolaringologia e Anestesiologia (médicas) e Psicologia, Enfermagem, Fonoaudiologia, Terapia ocupacional e Fisioterapia (Multi).

Há um programa de atenção domiciliar vinculado ao CRER, com duas EMAD e uma EMAP, com foco na desospitalização (não realiza internação domiciliar para reabilitação). Tanto para pacientes ambulatoriais como internados, há atenção odontológica completa.

Sua oficina ortopédica realiza cerca de 700 dispensações/mês, sendo um centro formador de técnicos em órteses/próteses, considerado referência pelo MS. A equipe da unidade é uma das principais responsáveis pela modelagem dos padrões construtivos para oficinas ortopédicas e processos de trabalho da área, os quais compõem material ofertado pelo Programa Viver Sem Limites do MS.

4.2. Proposta de produção assistencial

Em linhas gerais, a proposta de produção assistencial para o HRSM baseia-se na adoção de duas linhas de cuidado principais: Paciente Cirúrgico e Reabilitação.

Em ambos os casos, a ideia da atenção ambulatorial é prestar atendimento por período de tempo definido, transferindo esse cuidado para outras unidades da rede, com apoio matricial das mesmas. Por se tratar muitas vezes de pacientes com condições crônicas, é preciso que haja estratégias de rotatividade para garantir o acesso de novos pacientes, mediante protocolos assistenciais rígidos. A proposta é que esses casos tenham possibilidade de retorno ao HRSM, conforme definido no PTS, para revisão das condutas.

Na eventual complicação dos casos em ambas as linhas ou de necessidade de suporte clínico, há oferta de leitos de terapia intensiva, tanto adulto quanto pediátricos. Estes leitos intensivos serão prioritariamente utilizados para pacientes da própria unidade, podendo receber demanda da Regulação estadual, desde que os casos sejam condizentes com a complexidade e perfil do hospital.

Propõe-se um modelo de cuidado alinhado com a Política Nacional de Humanização, contemplando planejamento terapêutico e instrumentos de gestão da clínica. Prevê-se visita aberta a todas as unidades de internação e presença de acompanhante 24 horas para os casos previstos pela legislação e na unidade de reabilitação, onde haverá um processo de capacitação do acompanhante para apoiar o paciente no pós-alta.

O paciente é visto como um indivíduo com papel ativo, deixando de ser objeto do cuidado para ser um sujeito protagonista nas decisões que envolvem a terapêutica.

Tabela 23 - Painel de leitos

Tipo	Projeto original	Avaliação SES-RS	Proposta HSL
Leitos cirúrgicos (enfermarias)	240	160	168 ¹
Leitos de hospital-dia		-	10
Leitos clínicos (enfermarias)		18	-
Leitos UTI Adulto	17	20	13
Leitos UTI Ped	5	10	12 ²
Leitos Ucinco	10	-	- ³
Leitos UTI Neo	10	-	-
Total de leitos instalados	282	208	203
RPA Tomografia/Ressonância	4	4	4
RPA Centro cirúrgico	13	13	13
RPA Centro obstétrico	4	-	- ³
Total de leitos extra	21	17	17
TOTAL GERAL	303	225	220

1. Estamos considerando que as enfermarias de seis leitos na verdade terão capacidade para apenas quatro leitos.
2. Considerando que a UTI ped seria onde hoje está instalada a UTI neo.
3. Considerando que não haveria serviço de Obstetrícia na unidade.

Para registro no CNES, propõe-se o quadro a seguir:

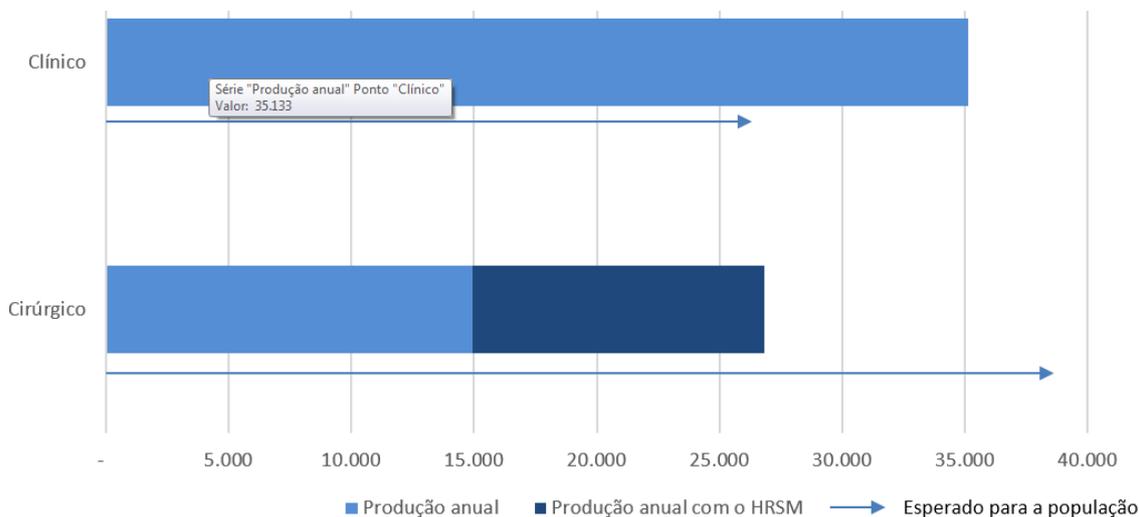
Tabela 24 – Proposta de distribuição de leitos para habilitação no CNES

Tipo	Leitos (Proposta HSL)
TOTAL (inclusive complementar)	199
Clínicos	-
Cirúrgicos	176
03 - CIRURGIA GERAL	20
XX – PEDIATRIA CIRÚRGICA	22
08 - NEFROLOGIAUROLOGIA	2
09 - NEUROCIRURGIA	22
13 - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	50
15 - PLASTICA	2
42 - NEUROLOGIA	6
48 - REABILITACAO	0
XX - CUIDADOS PROLONGADOS	44
Complementar	23
75 - UTI ADULTO - TIPO II	13
78 - UTI PEDIATRICA - TIPO II	12

Impacto do HRSM na rede

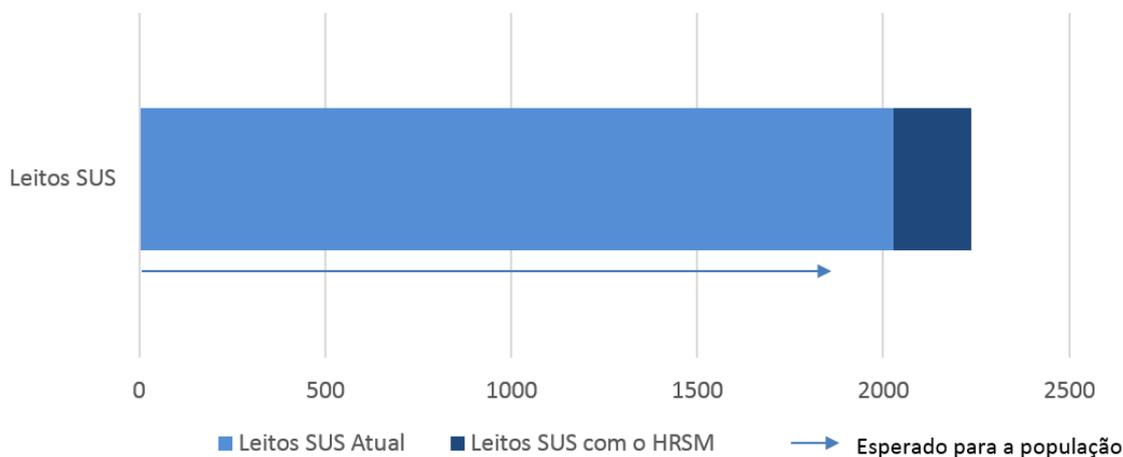
Como forma de avaliar o impacto da entrada em funcionamento do HRSM na rede de atenção da Macrorregião Centro-Oeste, apresentamos a seguir o potencial de produção de internações e aumento previsto na capacidade instalada de leitos.

Gráfico 5 – Impacto das internações do HRSM na rede



Nota: Produção anual extraída da base de dados do MS (TabNet). Número esperado para a população estimado a partir da Portaria GM/MS nº. 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015.

Gráfico 6 – Impacto dos leitos do HRSM na rede



Nota: Produção anual extraída da base de dados do MS (TabNet). Número esperado para a população estimado a partir da Portaria GM/MS nº. 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015.

Reabilitação

O HRSM está previsto para ser uma unidade de reabilitação física, auditiva e visual, habilitada como Centro Especializado de Reabilitação Tipo III – CER III.

Para os pacientes de reabilitação física, está previsto atendimento ambulatorial tanto para a rede como de suporte aos pacientes egressos de internação. Na linha de pacientes internados, haveria um modelo de cuidado inspirado nas experiências avaliadas, o qual prevê internação de quatro a oito semanas em média, com alta administrativa nos finais de semana e acompanhante 24 horas. Para os pacientes internados é realizado planejamento terapêutico com atividades intensivas no período da manhã e da tarde, preferencialmente fora das enfermarias, com uso do ginásio de reabilitação, oficinas terapêuticas, atividades de arte-terapia e condicionamento físico. Prevê-se que o paciente estaria fora da unidade de internação inclusive para as refeições, de modo a reforçar a ideia da autonomia e da integração, com melhora da autoestima.

O mecanismo de acesso para os pacientes ambulatoriais estaria centrado em avaliação multiprofissional, envolvendo fisiatra, psicólogo e assistente social, os quais fariam uma análise quanto a pertinência da terapêutica e da admissão do paciente no serviço, envolvendo questões sociais, psicológicas e motoras. A partir daí, seria traçado um plano terapêutico singular, com metas claras e período previsto de tratamento.

Estes pacientes, de acordo com suas necessidades, poderiam ser protetizados no HRSM, com apoio de oficina ortopédica instalada na unidade. Neste caso, o acompanhamento envolveria também o treinamento e adaptação para uso das próteses e órteses, além da revisão periódica destes materiais.

A área de reabilitação física para os pacientes ambulatoriais seria prioritariamente no 1º pavimento do bloco C. Para os pacientes internados, haveria a possibilidade de usar o ginásio do bloco C, além da área originalmente destinada à capela, a qual se tornará um espaço de reabilitação física para fisioterapia, condicionamento físico e terapia ocupacional.

No caso da reabilitação auditiva, a proposta é de atendimento ambulatorial com vistas à protetização. Os pacientes seriam encaminhados pela Regulação Estadual, mediante protocolo definido pela SES. A avaliação inicial seria feita por médico otorrinolaringologista, indicando ou não o paciente para protetização. Na sequência, o paciente passaria por avaliação multiprofissional com psicologia e fonoaudiologia. Especificamente com a fonoaudiologia, realizaria os testes pré-protetização, os quais definiriam o melhor tipo de aparelho conforme perfil do paciente, realizando adaptação do aparelho e acompanhando o caso por cerca de dois meses, quando o paciente passaria por nova avaliação com otorrinolaringologista para alta. A revisão dos pacientes adultos se daria a cada seis meses e dos pacientes pediátricos trimestralmente.

A área planejada para a reabilitação auditiva está localizada no 1º pavimento do bloco C, atrás dos consultórios do ambulatório especializado.

Para os pacientes em reabilitação visual, o atendimento também seria em nível ambulatorial, com acesso via Regulação Estadual mediante protocolos estabelecidos pela SES. O foco seriam pacientes com perda importante ou total de visão, os quais passariam por

treinamentos de atividades de vida diária e uso de aparelhos de amplificação, para casos de baixa visão. Prevê-se ainda a protetização para pacientes com perda de globo ocular. O tempo de reabilitação seria de cerca de seis meses, ao longo dos quais o paciente receberia treinamentos conforme seu perfil, visando a maior integração à vida cotidiana.

Para a reabilitação visual ainda não há uma área física construída. A sugestão seria utilizar a área originalmente planejada para o banco de leite (2º pavimento do bloco C) ou do subsolo do Bloco B. Neste espaço poderia haver consultório de oftalmologia e sala para treinamento de atividades da vida diária e sala para reuniões de grupos terapêuticos.

Quadro 1 – Produção estimada para os serviços de reabilitação

Reabilitação Física	Reabilitação Auditiva	Reabilitação Visual
<ul style="list-style-type: none"> • 65 novos pacientes da rede/mês • 235 pacientes egressos da internação/mês • Total: 300 pacientes/mês 	<ul style="list-style-type: none"> • 45 novos usuários admitidos por mês • 45 pacientes protetizados todos os meses 	<ul style="list-style-type: none"> • 40 novos usuários admitidos por mês
Centro Especializado em Reabilitação Tipo III – CER III		

Na linha do Paciente Internado em Reabilitação, teríamos os casos oriundos do próprio hospital, em internação pós-cirúrgica para serviço de reabilitação física pós-trauma. Os casos também poderiam vir via Regulação estadual, com grau de dependência e complexidade compatíveis com o perfil hospitalar e em consonância com os protocolos do HRSM. Os pacientes externos passariam por avaliação multiprofissional, com psicologia, serviço social e médico fisiatra, os quais identificariam a adequação ou não do paciente à linha assistencial do hospital.

Para o paciente internado, a rotina diária se daria em modelo de cuidado multiprofissional, multidisciplinar e transprofissional (envolvendo troca de saberes entre todos os profissionais envolvidos no cuidado, com divisão de responsabilidades).

Os casos serão geridos por meio de plano terapêutico singular, sendo de responsabilidade de toda a equipe, com um profissional de referência, podendo ser ou não médico, de acordo com o maior enfoque que o caso requiera.

A unidade também trabalhará na lógica de transferência do cuidado para os níveis de menor complexidade da rede, como atenção ambulatorial (no próprio hospital ou em outras unidades) ou atenção básica, na unidade de referência para local de moradia do paciente. Essa

transferência será em modelo de corresponsabilidade e de transferência de plano terapêutico singular.

O perfil do usuário do serviço de internação em Cuidados Prolongados, conforme a Portaria MS n. 2809/2012, seria de pacientes situação clínica estável, que necessitem de reabilitação ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico. O objetivo é a recuperação clínica e funcional, avaliação e reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia, potencialmente recuperável, de forma parcial ou total e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

Nas reuniões tanto com equipe da Secretaria de Saúde em nível central quanto na 4ª Coordenadoria de Saúde houve relatos de que trata-se de um gargalo importante para a região, sendo um serviço para o qual não se encontra referência. Há fila de espera de muitos meses, com risco de sequelas graves para os pacientes. Há despesa elevada com TFD para o hospital da Rede Sarah em Brasília e para algumas unidades de reabilitação em Porto Alegre, o que além do custo para a municipalidade (ambulância é de responsabilidade do município), gera um transtorno para pacientes e familiares por permanecerem longos períodos longe de casa.

Segundo a equipe da SES-RS, a fila de espera para reabilitação é grande em diversas áreas, com destaque para próteses auditivas, onde se informa que haveria ao menos 800 pacientes. Informaram que o HUSM tem 40 procedimentos/mês contratualizados, mas tem feito apenas 20, o que não leva a resolução da fila no curto e médio prazo. A espera para primeira consulta na região tem sido de até 40 dias. A unidade responsável pela maior parte destes atendimentos é a APAE de Santa Maria (CER II – Física e Intelectual).

Quanto à reabilitação visual, a equipe da SES informou que não há serviços na região, apenas em Juruá. Não souberam quantificar a demanda ou o tempo de espera.

Na distribuição de órteses e próteses, a informação passada pela SES é de que para cadeiras de rodas há fila de mais de seis meses. A APAE informou que o tempo para protetização tem sido ao redor de dois meses. O serviço de oficina de órtese/prótese é realizado na APAE, sem especificação do tamanho da fila.

Segundo dados coletados, não haveria fila de espera para reabilitação intelectual, pois tanto a APAE de Santa Maria quanto o HUSM oferecem este serviço para a 4ª CRS, havendo potencial de expandir o atendimento para a 10ª, a depender de contratualização. A equipe da CRS informou que a APAE realiza atividades de estimulação precoce para a região e que as vagas ofertadas são suficientes para atender a demanda. Contudo, no nível da SES-RS, foi citado que há sim necessidade deste atendimento. Caberia uma avaliação mais precisa.

Internação de paciente cirúrgico

Na linha do Paciente cirúrgico, teríamos como centro da atenção os pacientes de Neurocirurgia e Traumatologia, que acessam o hospital via regulação, após atendimento em porta de urgência/emergência em outra unidade. O HRSM receberia, portanto, os casos após estabilização para procedimento cirúrgico de média e alta complexidade, permanecendo nessa unidade até ser encaminhado para a linha de reabilitação, alta para outro serviço, ou para domicílio, com acompanhamento ambulatorial.

A rotina diária se dará em modelo de cuidado multiprofissional, multidisciplinar e transprofissional (envolvendo troca de saberes entre todos os profissionais envolvidos no cuidado, com divisão de responsabilidades).

Os casos serão geridos por meio de plano terapêutico singular, sendo de responsabilidade de toda a equipe, com um profissional de referência, podendo ser ou não médico, de acordo com o maior enfoque que o caso requiera, com prontuário único.

A unidade trabalhará na lógica de transferência do cuidado para os níveis de menor complexidade da rede, como atenção ambulatorial (no próprio hospital ou em outras unidades), outro ponto de atenção hospitalar ou atenção básica, referência de moradia do paciente. Essa transferência será em modelo de corresponsabilidade e de transferência de plano terapêutico singular.

Mesmo que o HRSM trabalhe com duas LC: Reabilitação e Paciente Cirúrgico, os demais profissionais foram agregados para responder à complexidade do hospital, pois haverá atendimento aos pacientes vítimas de trauma, muitas vezes comprometendo os mais diversos órgãos e sistemas. Mesmo os demais especialistas, não ficarão ociosos dentro do hospital, sendo sua carga laboral preenchida em outras atividades, tais como: ambulatório de egressos, crônicos, consultorias/parecer, SADT, hospital dia, reabilitação, atividades de ensino e etc.

Para o serviço de cirurgia, estão previstas as seguintes especialidades e atividades principais:

Quadro 2 – Especialidades cirúrgicas previstas e principais atividades

Especialidades de apoio	Principais atividades
Traumato-ortopedia*(subespecialidades: Mão, Joelho, Ombro, Quadril, Coluna)	Todos os procedimentos de média e alta complexidade envolvendo traumato-ortopedia. Encaminhamento para unidade de reabilitação.
Neurologia*	Preparo pré-cirúrgico e acompanhamento no pós-cirúrgico imediato. Realização de todos os procedimentos neurocirúrgicos. Encaminhamento para unidade de reabilitação.
Cirurgia pediátrica	Cirurgia de traumas abdominais e torácicos fechados.
Clínica Médica	Orientação das comorbidades e plantão clínico
Cirurgia Geral	Acompanhamento das complicações pós-trauma, laceração hepática, baço, laparotomia exploradora, drenagem de pneumotórax, cirurgias de hérnias, escaras, ostomias, reconstituição de trânsito intestinal, traqueostomias, implante de cateter
Gastrologia	Avaliação de hemorragias digestivas, endoscopia, colonoscopia, hepatites medicamentosas e tóxicas, insuficiência hepática, abscessos hepáticos, hepatopatias etc.
Buco-maxilo	Cirurgias e acompanhamento de traumas de face, fraturas de mandíbula, luxação de ATM, reconstituição de arcada dentária, implantes etc.
Cirurgia plástica	Cirurgias de grandes perdas cutâneas, escarpelamento, traumas de face, lesões cortantes extensas,
Cirurgia torácica	Traumatas torácicos, contusões pulmonares, drenagem de pneumotórax, instabilidade torácica, hemotórax, pleurostomia, fibrobroncoscopia etc.
Cirurgia vascular	Cirurgias de lesões arteriais e venosas, implante de <i>by pass</i> , tromboes venosa, oclusão arterial e amputações pós trauma, etc.
Urologia	Cirurgias de ruptura de uretra e de bexiga, hematúria, ptose renal, traumas renais etc.

A equipe da SES relata que há uma fila bastante grande para procedimentos cirúrgicos em traumato-ortopedia em média e alta complexidade. A referência para neurocirurgia na região é Uruguaiana, a uma grande distância de Santa Maria e não realizada procedimentos há meses, com pacientes sendo encaminhados à Porto Alegre e Região Metropolitana. Para as demais especialidades cirúrgicas, há também filas importantes, especialmente em média complexidade, as quais têm sido solucionadas parcialmente através de convênios e cofinanciamento pelos próprios municípios da região, com custos elevados em relação ao SUS.

Terapia intensiva

As unidades de terapia intensiva do HRSM deverão se dedicar exclusivamente ao atendimento aos pacientes de cirúrgicos e de reabilitação, conforme perfil do hospital.

No que tange a UTI Adulto, será necessário rever a área física, pois há dúvida quanto à capacidade de abrigar 18 leitos (sendo 13 leitos na UTI adulto propriamente e mais cinco na unidade contígua à UTI), conforme está indicado na planta baixa. Além disso, o ideal seria trabalhar com múltiplos de 10 para otimizar a equipe.

No que tange a UTI Pediátrica, o projeto prevê apenas cinco leitos. A proposta que está em discussão seria de utilizar a área da UTI neonatal para abrigar ao menos 10 leitos. Caberia, contudo rever a área física, pois a posição do posto de enfermagem e a largura da sala talvez dificultem a colocação de leitos de maior comprimento.

Um ponto a ser avaliado, como o HRSM será referência para Neurocirurgia e Traumatologia, além de reabilitação é a Telemedicina, que poderia ser usada como ferramenta de triagem dos casos, também como discussão com outros centros nacionais e mundiais e formação com transferência de cuidado.

A Regulação Estadual sinalizou que haveria um grande gargalo para leitos intensivos na região. Caso o HRSM não ocupe 100% dos leitos, poderia haver utilização destes leitos para outras necessidades de terapia intensiva, desde que estejam dentro do perfil assistencial do HRSM.

Ambulatório de especialidades

Teríamos um ambulatório de avaliação pré-cirúrgica e de seguimento para pacientes vítimas de trauma, que realizaram procedimento cirúrgico dentro do HRSM. Poderiam ser atendidos também casos encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual, desde que dentro do perfil assistencial proposto para o HRSM e dentro da capacidade operacional de até 14.000 consultas/mês, quando em pleno funcionamento.

A ideia deste ambulatório seria prestar atendimento por período de tempo limitado, transferindo esse cuidado para outras unidades da rede, com apoio matricial das mesmas. Por se tratar muitas vezes de pacientes com condições crônicas, é preciso que haja estratégias de rotatividade para garantir o acesso de novos pacientes. Nesse ponto, é fundamental a construção e implementação de protocolos assistenciais que definam o período de acompanhamento ambulatorial e a sua transferência do cuidado a outro ponto de atenção da rede. A proposta é que esses casos tenham possibilidade de retorno ao HRSM, conforme definido no PTS, para revisão do caso em nível ambulatorial.

Centro cirúrgico

Na linha do Paciente cirúrgico, teríamos como centro da atenção os pacientes de Neurocirurgia e Traumatologia, que acessam o hospital via regulação, após atendimento em porta de urgência/emergência. Essa unidade receberia, portanto, os casos após primeiro atendimento para procedimento cirúrgico de média e alta complexidade. Após o ato cirúrgico, o paciente seria

encaminhado para SRPA, UTI ou enfermaria, permanecendo nessa unidade até ser encaminhado para internação cirúrgica, para a linha de reabilitação, alta para outro serviço, ou para domicílio, com acompanhamento ambulatorial por período definido no seu PTS, mas garantindo a transferência de cuidado para a rede.

Essa unidade é composta por seis salas cirúrgicas, montadas com equipamentos de ponta, para intervenção em trauma de alta complexidade, nas 24h do dia, nos sete dias da semana na forma de plantão presencial em: Traumato-Ortopedia, Neurocirurgia, Cirurgia Geral, Anestesia e demais especialidades cirúrgicas como sobreaviso, sendo acionadas conforme necessidade. Durante a semana o Centro Cirúrgico funcionará de segunda a sexta-feira, das sete às 19h, para procedimentos agendados como segundo tempo, procedimentos complementares e eletivos agendados via central de regulação estadual, dentro do perfil assistencial do HRSM.

A sala de recuperação pós-anestésica é composta de 13 leitos e terá o suporte tecnológico para garantir assistência aos pacientes ali atendidos. O modelo assistencial visa pequena permanência e a distribuição espacial dos pacientes deve seguir conforme o grau de complexidade do caso, assim como a pediatria que terá leitos com maior privacidade.

A unidade foi planejada para uma taxa de ocupação das salas de 50%, o que permitiria realizar ao redor de 700 procedimentos/mês, distribuídos nas diferentes especialidades, em média e alta complexidade.

Hospital-dia

Composto por duas salas cirúrgicas e dez leitos de observação, será capaz de realizar 270 procedimentos por mês, de menor complexidade, nas diversas especialidades cirúrgicas que atuam no HRSM (quadro abaixo), funcionando de segunda a sexta-feira, das sete às 19h, conforme agendamento prévio de pacientes encaminhados pela Central de Regulação estadual. Esses pacientes terão atendimento inicial via ambulatório de especialidades, onde será avaliada a indicação do procedimento, poderá, conforme necessidade, fazer consulta pré-anestésica e também exames pré-operatórios. Tendo alta para o domicílio após procedimento, com retorno ambulatorial de revisão e a seguir transferência do cuidado para a rede básica do seu município de origem.

Quadro 3 – Hospital-Dia

Linhas	Procedimentos sugeridos
Cirurgia geral	Cirurgias orificiais; Herniorrafia; Biópsias; Desbridamentos; Implante de cateter; procedimentos para pacientes ostomizados; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Cirurgia pediátrica	Postectomia; Herniorrafia; Implante de cateter; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Urologia	Postectomia; Troca de Duplo J; Aplicação de toxina botulínica; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Cirurgião vascular	Safenectomia; Desbridamento de úlcera varicosa; Fístulas arterio-venosas (FAV); Implante de cateter; Angioplastia; Embolização; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Cirurgião Torácico	Biópsia de pleura
Buco-Maxilo	Implante dentário; Articulação têmporo-mandibular; Contenção dentária; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Cirurgia plástica	Orelha de abano; Retirada de quelóide; Aplicação de toxina botulínica em pacientes com quadros neurológicos; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Gastroenterologia	CPRE; Polipectomia; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Otorrinolaringologia	Septoplastia; Retirada de corpo estranho; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Traumato-ortopedia	Artroscopia; Cirurgia de Menisco; Cirurgia ligamentar; Cisto sinovial; Túnel do carpo; Demais de apoio à reabilitação/traumatologia
Neurocirurgia	Demais de apoio à reabilitação/traumatologia

SADT

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico do HRSM, devido ao seu adensamento tecnológico, poderá servir às demandas internas e ofertar exames para a rede, em especial da 4ª e da 10ª CRS, onde há uma demanda reprimida considerável, para muitos exames.

Para alguns destes equipamentos, seria inclusive importante pensar em uma oferta que fosse além do horário comercial, dado que a capacidade instalada estaria disponível para a rede e os investimentos em equipamentos já estarão feitos, bastando disponibilização de equipe, caso se pretenda estender o atendimento para o período da noite e finais de semana.

Com equipamentos de tecnologia de geração de imagem digital, seria possível realizar a interpretação dos exames à distância com equipe terceirizada, o que reduziria os custos com equipe. Esse procedimento poderia ser usado com exames de imagem (radiologia) e métodos gráficos (Holter, Mapa e ECG).

Atividades de ensino e pesquisa

O HRSM será referência e deverá buscar sistema de acreditação nacional e internacional (CARF, ONA etc.), além de certificação como Hospital de Ensino. Especialmente com as atividades

de ensino, estas poderiam se constituir como fontes de receitas para apoiar a sua viabilidade financeira, assim como atividades de pesquisa.

Será campo de estágio para residência médica, multiprofissional e área técnica a nível médio, com isso a sua inserção locorregional será de suma importância.

5. AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA DO EDIFÍCIO

Este capítulo contém uma avaliação das principais inadequações do ponto de vista de estrutura física no Hospital Regional de Santa Maria.

As inadequações foram sinalizadas como de intervenção:

- Obrigatória: são inadequações que precisam ser sanadas para que o hospital entre em funcionamento. Trata-se de limitações de legislação e/ou funcionais sem as quais não é possível utilizar a área física;

- Fundamental: são inadequações importantes, as quais deveriam ser solucionadas para funcionamento, porém podem ser resolvidas com soluções temporárias;

- Para ciência: são inadequações inerentes ao projeto e que demandam investimento em infraestrutura caso se deseje saná-las, porém não se trata de questões que inviabilizem as atividades. São em grande medida condições dadas pelo projeto e com as quais caberá adotar processos de trabalho que minimizem as dificuldades.

5.1. Avaliação geral da estrutura física

Ver Anexo I – Checklist de instalações e Anexo II – Relatório geral de infraestrutura

5.2. Síntese das inadequações

Quadro 4 – Síntese das inadequações

Nº	Inadequações	Descrição	Tipo
1	Inadequações das unidades críticas	Unidades críticas com ralos, expurgadeiras e luminárias que favorecem contaminação. Seria necessário vedar esses acessos de vetores e substituir iluminação por análogos de mais fácil higienização.	Obrigatório
2	Risco ao funcionamento do gerador	O hospital possui apenas um gerador, sobre o qual circula tubulação de esgoto. Essa condição gera risco às instalações elétricas com possibilidade de curto circuito. É necessário desviar tubulação e avaliar aquisição de ao menos mais um gerador.	Obrigatório
3	Ausência de sala de emergência	Não há sala de emergência prevista no projeto original. Será necessário converter sala de medicação e de inalação (previstas, mas desnecessárias) para se tornar sala de emergência.	Obrigatório

Nº	Inadequações	Descrição	Tipo
4	Ausência de entrada de ambulância/fluxo para paciente externo	Adequar e sinalizar área na lateral do bloco C para que seja possível receber pacientes que cheguem em ambulância, seja de transferência ou para realização de exames.	Obrigatório
5	Inadequações do Serviço de Nutrição e Dietética	Tubulação de esgoto passa sobre a área de produção e não há forro, o que compromete a segurança alimentar. Seria necessário desviar a tubulação por outro percurso e instalar forro, readequando iluminação.	Obrigatório
6	Infiltração no Serviço de Nutrição e Dietética	Água da cobertura está infiltrando por todo o edifício e chegando ao SND. É necessário identificar e sanar fonte da infiltração.	Obrigatório
7	Climatização nas unidades de internação	As unidades de internação não dispõem de sistema de climatização, seja para refrigeração ou aquecimento. É necessário instalar climatização centralizada ou split.	Obrigatório
8	Climatização na Central de Material Esterilizado	Área precisa de climatização para funcionamento, pois torna-se insalubre quando equipamentos de esterilização se encontram em operação, tanto devido à temperatura quanto umidade elevada.	Obrigatório
9	Ausência de sala de gesso no ambulatório	Não foi prevista sala de gesso no projeto original. Será necessário converter um dos consultórios para se tornar sala de gesso, considerando que será uma atividade bastante demandada.	Obrigatório
10	Rompimento de forro	No 2º pavimento do Bloco C houve rompimento do forro por queda de lata de tinta. Há também infiltração.	Obrigatório
11	Climatização no Serviço de Nutrição e Dietética	Área possui janela com face voltada para insolação. Seria importante que houvesse climatização no local para garantir conforto térmico.	Importante
12	Climatização na Lavanderia	Área precisa de climatização para funcionamento, pois torna-se insalubre quando equipamentos se encontram em operação, tanto devido à temperatura quanto umidade elevada.	Importante

Nº	Inadequações	Descrição	Tipo
13	Endoscopia subdimensionada e com fluxo inadequado	Salas de endoscopia são muito pequenas para a quantidade de equipamentos que deverão comportar. O fluxo de higienização e guarda dos endoscópios precisa ser revisto, pois há cruzamento sujo-limpo na estrutura conforme planejada.	Importante
14	Farmácias satélites inexistentes	O único espaço para guarda de materiais e medicamentos é a farmácia/almojarifado central, o que dificulta muito o fluxo logístico. Deverão ser adequadas área física tanto no Centro cirúrgico quanto na Unidade de Internação para comportar farmácias satélites.	Importante
15	Recepção central inexistente no Ambulatório	Área projetada com diversas recepções, o que exige elevado número de profissionais e congestiona o fluxo de pacientes. Ideal seria haver uma recepção central para realizar o cadastro inicial e entrega de senha aos pacientes.	Importante
16	Porta corta-fogo em banheiro de deficientes físicos	Substituir por portas mais leves, que possam ser utilizadas por deficientes físicos.	Importante
17	Falta de corrimão central nas escadarias de emergência	Necessidade de instalar corrimão central nas escadarias, garantindo a segurança de quem precisa se deslocar em caso de emergência.	Importante
18	Queda de armários	Armários nas unidades críticas cederam e precisam ser fixados adequadamente na parede	Importante
19	Queda de cortinas/black-out	Em algumas unidades as cortinas já cederam, sendo necessário reafixá-las.	Importante
20	Excesso de colunas no meio dos ambientes	Considerar colunas na definição de uso dos espaços	Para ciência
21	Enfermarias planejadas para seis leitos, com capacidade para apenas quatro	Considerar que, apesar de o espaço para seis pacientes não ser o ideal, poderia ser utilizado numa eventualidade, considerando que já há régua de gases instalada.	Para ciência
22	Laboratório superdimensionado	Para instalação do laboratório, poderia ser reduzida a área física e reajustada a disposição de bancadas.	Para ciência

Nº	Inadequações	Descrição	Tipo
23	Ausência de local para dispensação de medicamentos (Farmácia)	Caso se opte por vincular a dispensação de medicamentos às atividades assistenciais, seria importante definir um espaço no qual este serviço seria realizado.	Para ciência
24	Ausência de vestiário e de climatização para uso da piscina na área de reabilitação física	A piscina existente e dedicada a atividades de reabilitação física não dispõe de vestiário para os pacientes. A área também não é climatizada com aquecimento central, o que dificulta seu uso no inverno	Importante
25	Fixação inadequada de bate-macas	Em alguns pontos, os bate-macas foram fixados diretamente no gesso, sem utilização de buchas	Importante
26	Portas corta-fogo em posições invertidas	Em diversos pontos do edifício, as portas corta-fogo foram fixadas de forma invertida, levando as pessoas para becos sem saída ou para o interior do prédio e das salas.	Obrigatório
27	Ralos com profundidade excessiva e ausência de sifão nas expurgadeiras	Especialmente nas unidades críticas, nos DML e nas salas de expurgo, os ralos são muito profundos e não há sifão, o que permite o retorno de mal cheiro e de agentes biológicos. Em caso de entupimento, a limpeza é bastante prejudicada	Obrigatório
28	Ausência de respiro nas tubulações de esgoto	Não foram observados respiros para a tubulação de esgoto no edifício, o que pode provocar retorno de mal cheiro.	Obrigatório
29	Acabamento inadequado nas juntas de dilatação	As vedações das juntas de dilatação estão se soltando em diferentes pontos	Obrigatório
30	Piso do hospital-dia e das unidades críticas	Foi utilizado piso com imperfeições que podem acumular sujeira	Obrigatório
31	Vedação das janelas ineficiente e provocando oxidação	As vidraças do bloco C (UTIs e Ambulatório) e D estão permitindo a entrada de água da chuva, provocando estragos na pintura interna e oxidando as esquadrias.	Obrigatório

Nº	Inadequações	Descrição	Tipo
32	Caixas d'água sem tampa e calhas danificadas	Os fortes ventos na região arrancaram a tampa de duas caixas d'água e danificaram calhas.	Obrigatório
33	Falta de drenagem na cobertura do bloco C	Por não haver sistema de escoamento adequado, tem-se acumulado água da chuva na laje, provocando infiltração e criatório de insetos.	Obrigatório
34	Elevadores inoperantes	Alguns elevadores já estão apresentando problemas por falta de manutenção preventiva	Obrigatório
35	Extintores vencidos	Parte dos extintores do edifício está vencida, comprometendo a segurança em caso de incêndio.	Obrigatório
36	Manutenção dos equipamentos elétricos	Aparentemente, não vem sendo realizada manutenção dos equipamentos elétricos em operação no edifício (geradores, transformadores e cabines).	Obrigatório
37	Limpeza interna e externa	O edifício não tem recebido limpeza nas áreas internas, as quais estão com grande acúmulo de sujeira, insetos e animais peçonhentos. Na área externa, a vegetação está invadindo o edifício e servindo de criadouro para insetos e animais.	Obrigatório
38	Vigas invertidas no terraço	O uso do terraço no 2º pavimento do bloco B está comprometido pela existência de vigas invertidas de 40 cm, as quais impedem a passagem de pacientes.	Para ciência
39	Instalação elétrica insegura	As caixas de disjuntor são abertas, facilitando o manuseio inadequado por pessoas não habilitadas. Os disjuntores ligados aos circuitos de chuveiros, não são adequados, permitindo descargas elétricas nos usuários	Obrigatório
40	Número insuficientes de vagas de estacionamento	O número total de vagas de estacionamento é insuficiente para a capacidade total de usuários que o hospital deverá ter a 100% de sua produção. Há poucas vagas destinadas a pessoas com deficiência, as quais devem ser um público importante.	Importante

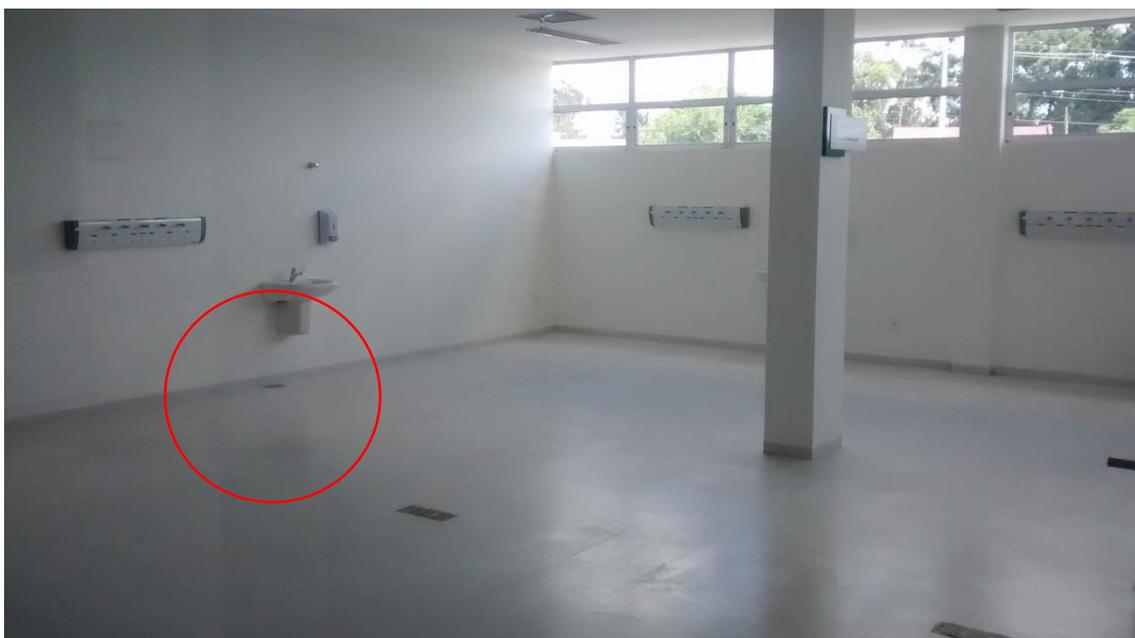
5.3. Detalhamento das inadequações

Inadequações das unidades críticas

Todas as unidades críticas possuem inadequações quando confrontadas aos parâmetros estabelecidos na legislação vigente. As principais delas estão relacionadas à existência de focos de contaminação, como expurgadeira no mesmo ambiente em que se encontram os pacientes, ralo no piso da UTI, possibilitando acesso de vetores e luminária de difícil higienização.



Expurgadeira e luminárias inadequadas



Ralo inadequado

Risco ao funcionamento do gerador

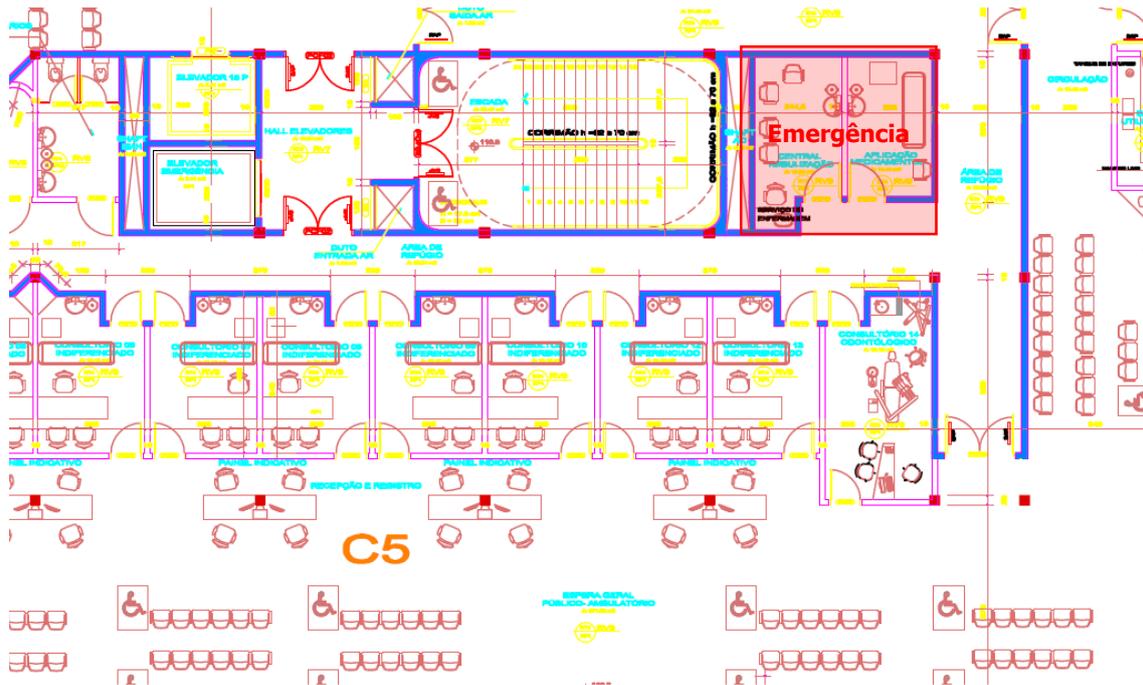
O gerador, instalado no subsolo do edifício, foi disposto em um espaço sobre o qual circula rede de esgoto. Esta condição gera riscos ao funcionamento do equipamento e consequentemente a todos os pacientes e profissionais, na medida em que pode ocorrer derramamento de líquido sobre o aparelho, provocando curto circuito.



Ausência de sala de emergência

Apesar de não ter sido projetado para ser um hospital com atendimento a emergências, é fundamental que o edifício disponha de um espaço para esta finalidade, considerando que podem haver intercorrências que demandem atendimento médico emergencial imediato, especialmente na área de SADT, Ambulatórios e Reabilitação, por onde haverá um fluxo grande e diário de pacientes.

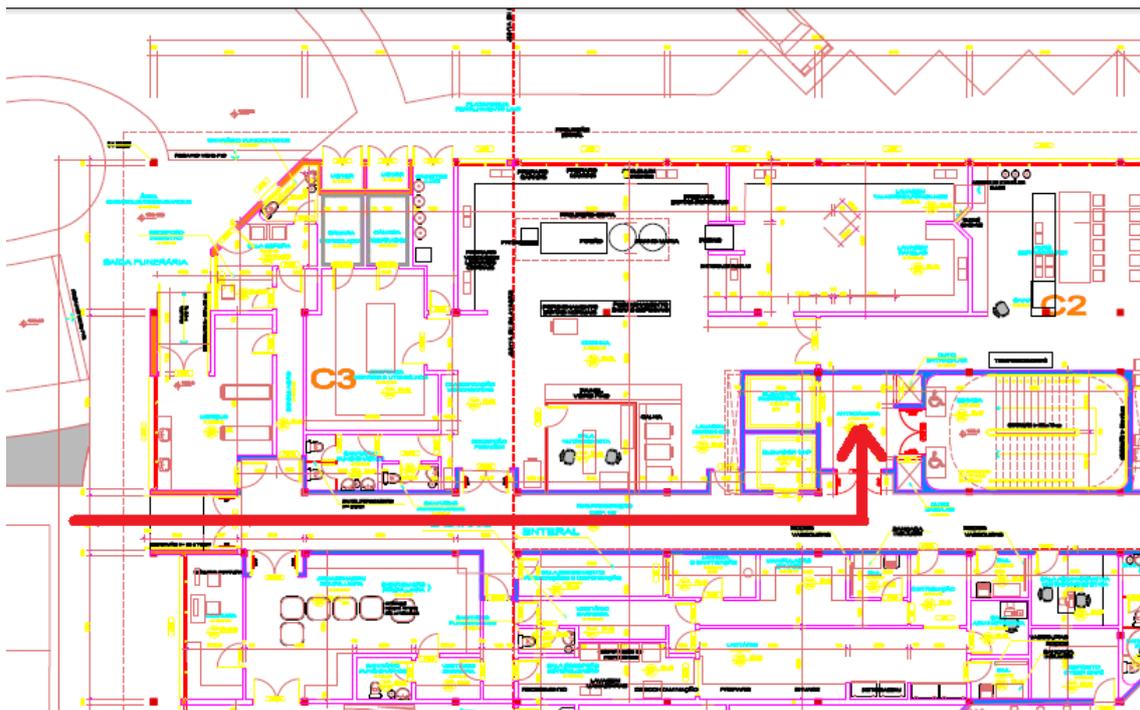
Como forma de sanar este problema, consideramos viável readequar duas salas na área dos ambulatórios, inicialmente previstas para ser "Central de nebulização" e "Aplicação de medicamentos" para se tornarem uma sala de emergência, com capacidade para receber ao menos um paciente.



Ausência de entrada de ambulância/fluxo para paciente externo

Por não ter sido planejado para ser um hospital que receberia emergências, o HRSM não possui área física adequada para receber ambulâncias. Isso dificulta tanto o acesso de pacientes que venham transferidos de outras unidades, como pacientes que venham realizar exames externos, bem como para transferir pacientes do HRSM para outros serviços.

Uma possibilidade em avaliação seria receber estes pacientes por uma das entradas laterais do bloco C, por onde seria fácil o acesso tanto aos serviços de apoio diagnóstico (1º pavimento) quanto às UTIs e Centro cirúrgico (2º pavimento). O acesso seria feito via elevador de uso exclusivo de pacientes, localizado no centro do edifício



Inadequações do Serviço de Nutrição e Dietética

A área de SND fica imediatamente abaixo do laboratório de análises clínicas. Sobre o teto desta área passa toda a rede de esgoto, o que gera risco de vazamento sobre a área de produção de alimentos. Além disso, apesar da entrega recente, esta unidade já apresenta problemas de infiltração, os quais precisam ser prontamente sanados.



Infiltração no SND



Tubulação passando sobre a área de produção

Climatização nas unidades de internação

As unidades de internação não dispõem de nenhum equipamento que promova climatização, seja para refrigeração ou aquecimento da unidade. Considerando-se que o edifício encontra-se em uma das regiões com maior variação de temperatura do Rio Grande do Sul, alcançando tanto extremos próximos de 0°C como acima de 36°C, seria fundamental dispor de equipamentos que garantam conforto térmico aos pacientes.

Climatização na Central de Material Esterilizado

A CME não dispõe de quaisquer sistemas de climatização. A área encontra-se no meio do edifício e, dada a natureza das atividades realizadas, não poderia tampouco contar com janelas abertas para garantir ventilação. De modo a garantir um ambiente em condições mínimas de salubridade para os funcionários, é obrigatória a instalação de algum sistema de climatização.

Ausência de sala de gesso no ambulatório

O HRSM será uma unidade com grande volume cirúrgico de pacientes ortopédicos, seja na internação ou nos atendimentos ambulatoriais. Deste modo, é fundamental que haja sala de gesso adequada para este fim, com capacidade de atender a toda esta demanda.

Considerando a sinergia entre atividades, seria importante que esta sala ficasse próxima aos consultórios de ortopedia, o que agilizaria a avaliação médica e evitaria deslocamento desnecessário dos pacientes.

Assim, sugere-se a conversão de um dos consultórios do 1º pavimento do bloco C para uma sala de gesso.

Rompimento de forro

No 2º pavimento do bloco C houve rompimento de parte do forro com a queda de uma lata de tinta. Há também infiltração ocorrendo neste mesmo ponto.

Trata-se provavelmente de inadequação passível de correção pela própria construtora.

Climatização no Serviço de Nutrição e Dietética

A área do SND não conta com sistema de climatização. Por dispor de janelas amplas voltadas para a insolação, seria importante contar com equipamentos que garantam conforto térmico e eventualmente realizar algum bloqueio das janelas para impedir que o sol incida diretamente sobre os usuários.

Seria fundamental que houvesse um posto central, onde os pacientes e acompanhantes fossem identificados e direcionados para as áreas específicas. Para isso, haveria tanto a possibilidade de readequar o hall de entrada do ambulatório para comportar este balcão como promover o fechamento da passarela de acesso ao edifício para que ali fosse instalado este balcão.



Passarela de acesso ao bloco C



Hall do ambulatório

Porta corta-fogo em banheiro de deficientes físicos

Observou-se que há sanitário adaptado para deficientes físicos no subsolo do bloco C onde foi instalada porta corta-fogo. Dado o peso da porta e dificuldade de circulação e manejo com cadeira de rodas, seria importante substituir por porta corrediça ou uma porta mais leve.

Falta de corrimão central nas escadarias de emergência

As escadarias de emergência são bastante largas e contam com corrimão lateral. Seria importante que houvesse corredor central para aumentar a segurança na circulação.

Queda de armários

Na última visita realizada ao edifício foi observado que alguns armários na UTI Adulto e Neonatal haviam cedido por problema de fixação. Cabe provavelmente acionar a construtora.

Queda de cortinas/black-out

Na última visita realizada ao edifício foi observado que algumas cortinas (black-out) nas unidades de internação do bloco B haviam cedido por problema de fixação. Cabe provavelmente acionar a construtora.

Excesso de colunas no meio dos ambientes

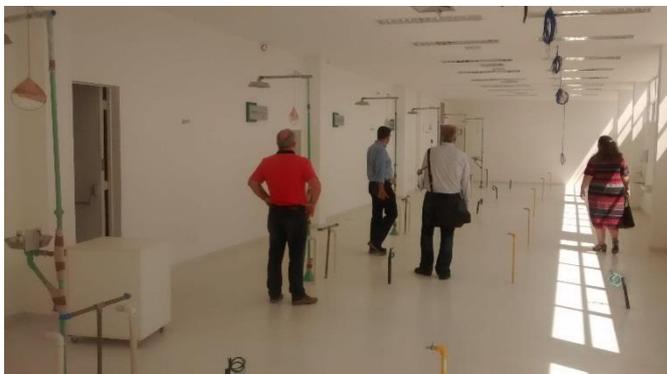
Há um número excessivo de colunas no edifício, o que dificulta o uso de alguns espaços. É o caso do auditório e da recepção do ambulatório no bloco C.

Enfermarias planejadas para seis leitos, com capacidade para apenas quatro

As enfermarias planejadas para seis leitos não levaram em consideração que pacientes em reabilitação deveriam contar com acompanhante e partiram da premissa de que se utilizaria leitos de 90 cm. Tendo como parâmetro que o ideal seria utilizar leitos de 1 m de largura e que deveria haver espaço mínimo para acomodar os pertences dos pacientes e ao menos uma cadeira/poltrona ao lado de cada leito, sugerimos que se adote estas enfermarias como de quatro leitos.

Por já contar com régua de gases instalada para seis leitos, seria possível manter a estrutura como está, considerando que estas régua adicionais poderiam ser utilizadas em caso de contingência, por exemplo.

Laboratório superdimensionado



A área do laboratório de análises clínicas foi bastante superdimensionado, permitindo que a unidade receba tanto público interno quanto externo e atenda inclusive à demanda de outras unidades de saúde da região que poderiam enviar material para análise no HRSM.

A estrutura foi pensada como de laboratório de pesquisa, com instalação desnecessária de seis lava-olhos quando caberia apenas um.

Ausência de local para dispensação de medicamentos (Farmácia)

Caso o modelo de atenção para este hospital envolva a dispensação de medicamentos na própria unidade, seria necessário planejar e adequar área específica para esta finalidade, pois não há nada previsto no projeto original.

Ausência de vestiário e de climatização para uso da piscina na área de reabilitação física

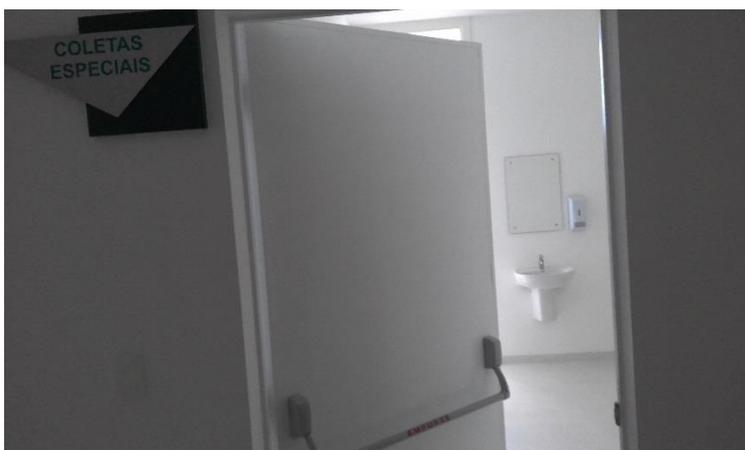
A área de hidroterapia no ginásio de reabilitação, não existem vestiários nos quais os pacientes possam se trocar, tomar banho e guardar seus pertences. O mesmo se aplica aos profissionais de fisioterapia, que precisariam deste espaço para se prepararem para as atividades de reabilitação. Sugere-se incluir a construção de um vestiário, caso se opte realmente pela manutenção das atividades de hidroterapia.

Fixação inadequada de bate-macas

Em algumas áreas, especialmente no bloco C, os bate-macas foram fixados com parafusos diretamente nas paredes drywall, sem uso de buchas apropriadas de fixação. Parte deles agora está soltando. Caberia rever toda a fixação, pois quando começar um uso mais intensivo do edifício estas proteções tendem a cair e provocar danos nas paredes.

Portas corta-fogo em posições invertidas

Em diferentes pontos do edifício, foram observadas portas corta-fogo que levam para dentro das salas e consultórios, ao invés de conduzirem as pessoas para as rotas de fuga e áreas externas. É necessário reverter estas portas com vistas a garantir condições mínimas de segurança em caso de incêndio.





Ralos com profundidade excessiva e ausência de sifão nas expurgadeiras



Em praticamente todas as áreas em que há ralos, estes foram implantados com uma profundidade muito grande, o que dificulta a limpeza, com possibilidade de retorno de mal cheiro e agentes biológicos.

Além disso, em parte dos expurgos e banheiros não observamos instalação de metais e louças, o que pode ter sido redução de escopo na entrega ou falha na avaliação da entrega da obra, cabendo acionar a construtora.

Ausência de respiro nas tubulações de esgoto

Não foram observados respiros nas tubulações de esgoto, o que pode provocar a entrada de mal cheiro em diferentes áreas do hospital. Caso estes respiros estejam localizados dentro do forro, há a possibilidade de que este mal cheiro fique oculto por algum tempo, mas haverá problemas futuros.

Acabamento inadequado nas juntas de dilatação

Em alguns pontos do edifício, as vedações aplicadas nas juntas de dilatação estão se soltando, com risco de infiltração. No caso do piso, isso pode provocar quedas de pessoas que estejam circulando pelo edifício. Convém substituir ou readequar estas vedações.

Piso do hospital-dia e das unidades críticas

No centro cirúrgico foi aplicado piso vinílico adequado à unidade crítica. O mesmo não foi feito nas UTIs e no Hospital-Dia, o que pode ser um dificultador para a higienização destas áreas. O ideal seria contar também com piso vinílico, com emendas isoladas.

Vedação das janelas ineficiente e provocando oxidação



Com as chuvas que ocorreram em Santa Maria nas últimas semanas, pode-se perceber que a vedação das vidraças que atendem o bloco D e o ambulatório no bloco C estão com vedação insuficiente para conter a entrada de água. Já há sinais de oxidação nas esquadrias.

Caixas d'água sem tampa e calhas danificadas



Na cobertura do bloco C, os ventos já arrancaram e danificaram as tampas de duas caixas d'água. Será necessária substituição e reforço na fixação.

Falta de drenagem na cobertura do bloco C





Na cobertura do bloco C, após as chuvas de maio, houve acúmulo de água na laje. Não foram observadas vias de drenagem para esta água e o isolamento não tem sido suficiente para impedir que haja infiltração para os andares inferiores. É necessária uma intervenção imediata, sob risco de danos ao acabamento de paredes, forros e pisos

Elevadores inoperantes

Não foram observados registros de manutenção preventiva nos elevadores. A decorrência disso é visível no mal funcionamento de todos os eles, os quais encontram-se travados no andar ou operando independentemente dos comandos dados.

Extintores vencidos e descarregados



Em diversas áreas foram observados extintores vencidos, cabendo manutenção imediata.

Nas áreas com risco real, por estarem em funcionamento 24h, como cabines de energia, geradores e transformadores, seria importante fazer substituição imediata.

Manutenção dos equipamentos elétricos

Não foram observados registros de manutenção preventiva nos transformadores, gerador e cabine primária, todos equipamentos em funcionamento 24 horas. Considerando o tempo em que o edifício encontra-se inoperante, há risco de falhas e problemas que coloquem em risco tais equipamentos, mas também a estrutura como um todo.

Limpeza interna e externa

Não vem sendo feita limpeza externa ou interna no hospital. Nas áreas internas já há acúmulo de lixo, insetos, folhas, inclusive com invasão de trepadeiras. Na área externa a vegetação está bastante alta, sendo um espaço propício para a proliferação de insetos e outros vetores.

Vigas invertidas no terraço



No terraço do bloco B, há vigas invertidas no piso que podem ser um dificultador para o acesso de pacientes, especialmente os com mobilidade reduzida. Para tornar o espaço plenamente utilizável, seria importante pensar em formas de contornar este problema, seja via elevação do piso ou utilização de rampas.

Instalação elétrica insegura

Os painéis elétricos nas áreas administrativas e assistenciais são abertos, não havendo possibilidade de colocação de lacres ou cadeados, o que facilita o acesso por profissionais não habilitados e usuários.

Também foi observado que não há disjuntores que impeçam choques elétricos no uso dos chuveiros das unidades de internação, o que pode trazer riscos assistenciais.

Número insuficientes de vagas de estacionamento

Pelo volume de pessoas que devem circular diariamente no edifício quando chegar ao máximo de sua ocupação, supomos que possa haver um número de vagas de estacionamento insuficientes. Ampliar este número seria uma forma tanto de garantir um acesso mais fácil, como também de auferir receitas.

5.4. Propostas de alteração da estrutura física

Conversão da garagem em área de manutenção

A área descrita na planta arquitetônica como Garagem, no subsolo do bloco B, poderia receber os equipamentos e equipe de infraestrutura do hospital. Trata-se de uma área isolada, porém ampla e com acesso fácil ao restante do edifício.

Conversão da área de Manutenção em Oficina ortopédica

A área descrita na planta arquitetônica como Manutenção, mediante reforma, seria um espaço bastante adequado para receber a Oficina ortopédica, podendo contar não apenas com a área de produção (fábrica propriamente dita), mas também espaço para que os pacientes e a equipe assistencial possam realizar provas e testes de tecnologias assistivas.

Hospital-Dia

A área prevista no projeto original para ser Maternidade perdeu a finalidade considerando que a região encontra-se em queda da natalidade e já dispõe de leitos obstétricos suficientes para abrigar a demanda existente.

Deste modo, sugere-se a conversão desta área para uma unidade de Hospital-Dia, na qual poderiam ser realizados procedimentos cirúrgicos de menor complexidade.

Assim, a área disporia de ao menos duas salas cirúrgicas (as antigas salas de Centro Obstétrico) e área para internação de pacientes (antiga sala de pré-parto, recuperação pós-parto, berçário de sadios e unidade de cuidados intensivos neonatais).

Descrição mais detalhada da forma de utilização destes espaços está em elaboração e será apresentada juntamente com o plano operativo.

UTI Pediátrica

Considerando a observação anterior, de que não haveria necessidade de leitos obstétricos e maternidade, tampouco haveria necessidade de leitos de UTI neonatal na região. Assim, considerando que há apenas oito leitos de UTI pediátrica em toda a região para uma população de mais de um milhão de habitantes e que haverá demanda cirúrgica do próprio hospital para uso destes leitos, sugere-se a ampliação dos leitos de UTI pediátrica mediante unificação desta área com a contígua UTI neonatal, o que proporcionaria ao menos 10 leitos de UTI pediátrica.

Descrição mais detalhada da forma de utilização destes espaços está em elaboração e será apresentada juntamente com o plano operativo.

Retirada dos reservatórios de água do subsolo do bloco B visando futura ampliação de área assistencial

A área do subsolo do bloco B, onde hoje encontram-se instaladas caixas d'água, poderia ser futuramente utilizada para abrigar atividades assistenciais. Trata-se de um espaço que pode ser usado como um bolsão para futuras expansões de atividades que demandem maior estrutura.

Consultórios para Ambulatório de Crônicos

A proposta da SES-RS é que o HRSM abrigue, além das atividades ambulatoriais dos egressos da internação, do hospital-dia e da reabilitação, atividades de atendimento ambulatorial à hipertensos e diabéticos de risco elevado (pacientes crônicos).

A proposta deste ambulatório envolve um modelo no qual os pacientes possam ser atendidos por diferentes profissionais em um mesmo dia. Idealmente, se utilizaria um consultório por paciente, com deslocamento dos profissionais. Além disso, a área precisaria de espaço para atendimentos em grupo.

Considerando que o 1º pavimento do bloco C não comportaria estas atividades, sugerimos readequar a área prevista para banco de leite no 2º pavimento do Bloco C ou do subsolo do Bloco B.

Sem esta adequação, não seria possível iniciar estas atividades.

Centro de processamento de dados (Servidores)

A planta arquitetônica não sinaliza um espaço destinado a receber o parque de equipamentos de TI de grande porte, como servidores, storages e demais que compõem o centro de processamento de dados de um edifício hospitalar. Não há também espaço sinalizado para abrigar a equipe de TI, encarregada não só da manutenção e suporte do parque tecnológico, mas também de atividades de desenvolvimento que suportam as operações do hospital.

Tendo em vista a existência de área no subsolo do bloco C sinalizada como Central de gases na planta arquitetônica, a qual encontra-se de fato instalada na área externa do edifício, considerou-se que este seria um espaço ideal para abrigar o CPD, tanto pela área disponível como pela sua localização central.

Hidroterapia

A área de reabilitação conta com piscina para realização de atividades de hidroterapia. A área contudo encontra-se inadequada para uso, considerando que não dispõe de vestiários masculino e feminino com chuveiro e armários, o que seria essencial para utilização do espaço. A área também não é coberta por sistema de climatização com aquecimento do ar ambiente, o

que dificultará seu uso nos meses mais frios do ano, considerando que as temperaturas na região registram mínimas bem próximo a zero graus no inverno.

Deste modo, e considerando que há uma área física significativa envolvida, poder-se-ia iniciar as atividades da unidade cobrindo-se a piscina com tablado, o que disponibilizaria uma área adicional às atividades de reabilitação física (poderia ser utilizada para ginásio ou para área de condicionamento físico, por exemplo).

Serviços de reabilitação visitados pela equipe de consultores do HSL também relataram uma série de problemas no uso das piscinas para atividades de reabilitação, entre eles a frequente necessidade de troca total e limpeza da piscina em decorrência de contaminação com fezes de pacientes, tendo em vista que mesmo com a utilização de fraldas específicas para atividades na água há grande risco de escapes.

Capela

Há no centro do 1º pavimento do bloco B uma área bastante grande dedicada a ser uma capela. Entendemos a importância de haver espaços religiosos no edifício, mas a área poderia ser melhor utilizada como espaço para reabilitação de pacientes internados. Conforme esclarecemos na proposta de produção assistencial, seria importante contar com esta área adicional, pois assim se garantiria um cesso mais fácil dos pacientes internados, podendo-se dividir melhor a rotina de trabalho com os pacientes ambulatoriais, os quais se concentrariam no bloco C.

Dado que os pacientes internados terão uma rotina bem mais intensiva de tratamento e por um período prolongado, seria fundamental contar com uma área exclusiva, na qual estejam dispostos aparelhos de fisioterapia, condicionamento físico e terapia ocupacional, de modo a promover ações mais integradas da equipe.

5.5. Síntese

A estrutura apresenta uma série de inadequações, muitas das quais proporcionadas por um projeto antigo e que foi inúmeras vezes revisto ao longo de dez anos de obras para sua conclusão. Assim, algumas estruturas precisam ser readequadas para que as atividades possam ser iniciadas, enquanto outras poderiam ser postergadas conforme proposta de faseamento para início da operação.

Conforme apresentado no decorrer do documento, maior detalhamento das propostas de adequação da área física serão feitas no decorrer do projeto e apresentadas de forma integral juntamente com o plano operativo.

6. DIMENSIONAMENTO DE EQUIPAMENTOS/MOBILIÁRIO

A partir do levantamento inicial apresentado pela SES, foram atualizados valores e incluídos/excluídos itens, conforme nova produção assistencial planejada. Também foram ajustados os quantitativos de alguns itens.

A taxa de câmbio utilizada para o dólar neste cálculo foi de R\$ 3,30.

Uma apresentação detalhada destes investimentos, inclusive com propostas de readequação da área física, será apresentada pela equipe de engenharia/arquitetura foi anexada a este relatório.

Tabela 25 – Estimativa de investimentos, por tipo

Tipo	Valor
Construção/reforma/intervenção	R\$ 7.273.250,00
Adequação de instalações	R\$ 5.062.920,00
Aquisição de tecnologias médicas	R\$ 38.828.517,00
Aquisição de tecnologias da informação e comunicação	R\$ 2.512.000,00
Aquisição de mobiliários	R\$ 7.565.590,00
TOTAL	R\$ 61.242.277,00

Tabela 26 – Estimativa de despesas com manutenção

TECNOLOGIAS MÉDICAS	VALORES (R\$)
MANUTENÇÃO CORETIVA E PREVENTIVA	R\$ 55.475,01/mês
CALIBRAÇÃO	R\$ 4.160,63/mês
SEGURANÇA ELÉTRICA	R\$ 4.160,63/mês
CONTRATOS TERCEIROS	R\$ 41.606,26/mês
IPEM	R\$ 2.219,00/mês
QUALIDADE RADIOLÓGICA	R\$ 5.547,50/mês
TOTAL (sem material, peças e partes)	R\$ 113.169,03/mês
TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO	VALORES (R\$)
SUORTE A DESKTOPS E USUÁRIOS	R\$ 24.200,00/mês
SUORTE A SERVIDORES E STORAGE	R\$ 7.350,00/mês
SUORTE A FIREWALL SONICWALL	R\$ 4.900,00/mês
TOTAL (sem material, peças e partes)	R\$ 36.450,00/mês
PREDIAL	VALORES (R\$)
MANUTENÇÃO CORETIVA E PREVENTIVA	R\$ 112.000,00/mês
CONTRATOS TERCEIROS	R\$ 42.000,00/mês
TOTAL (sem material, peças e partes)	R\$ 154.000,00/mês

Nota: para hospitais públicos de grande porte em início de operação, as despesas com manutenção giram ao redor de 2,5% a 3% do total da despesa com a operação.

7. ESTUDO DE VIABILIDADE ECONÔMICO/FINANCEIRA

7.1. Premissas adotadas

Os parâmetros de produção assistencial foram elaborados com base nas necessidades de saúde da região, demandas apontadas pelos técnicos da SES-RS e dos demais serviços de saúde da região, mediante a capacidade operacional do edifício. Estes parâmetros foram validados em reunião do Comitê de Direção do projeto e refletem o potencial de atendimento da unidade quando se atingir 100% de sua capacidade.

Para os dados de custos, sempre que possível, foram utilizados parâmetros do município de Santa Maria e entorno, os quais consideramos como dados mais próximos da realidade e mais adequados para efeitos de planejamento orçamentário desta nova unidade de saúde. Na falta de informações específicas para a região, optou-se por custos unitários de unidades de saúde do Rio Grande do Sul que apresentassem porte ou tipo de serviço similar. Na falta destes dois parâmetros, foram utilizados dados de custos unitários de hospitais públicos especializados de grande porte localizados no Estado de São Paulo. Esta escolha justifica-se por ser este um dos poucos Estados nos quais já se tem uma cultura de gestão de custos implantada há bastante tempo, com divulgação periódica e transparente de informações, as quais são rotineiramente cotejadas e avaliadas.

A seguir, são apresentados os dados e parâmetros de produção para as atividades de internação:

Tabela 27 – Produção das unidades de internação e unidades críticas

Unidade	Leitos	Permanência	Ocupação	Saídas/mês	Custo unitário
Pediatria	22	4,0	85%	140	760,66
Traumato-ortopedia	72	5,0	85%	367	760,66
Neurocirurgia	30	8,0	85%	96	760,66
Reabilitação/CCI	44	21,2	85%	39	632,78
Hospital-Dia	10	1,0	85%	255	355,12
Total	178	7,8	85%	897	

Unidade	Leitos	Permanência	Ocupação	Diárias	Custo unitário
UTI Adulto	13	6,0	95%	390	1.685,76
UTI Pediátrica	12	8,4	95%	360	2.112,81
TOTAL	25	7,2	95%	750	

Notas:

1. Média de permanência adotada para as saídas de internação considera que os pacientes estariam internados nos dias úteis, recebendo alta administrativa nos finais de semana. O período total de internação seria ao redor de dois meses de tratamento.

Para os atendimentos ambulatoriais, considerou-se o seguinte quantitativo global de consultas (incluídos todos os ambulatórios):

Tabela 28 – Produção de consultas das unidades ambulatoriais – TOTAL

Especialidade	Primeira consulta	Primeira consulta interno (egressos)	Subsequente	Total estimado de consultas
Anestesia	251	0	0	251
Buco-maxilo	38	0	19	57
Cardiologia	264	0	692	956
Cirurgia geral	112	0	260	372
Cirurgia pediátrica	55	0	43	98
Cirurgia Plástica	0	0	0	0
Cirurgia Vascular	154	0	192	346
Endocrinologia	160	0	800	960
Fisiatria	65	208	874	1.147
Nefro/Urologia	60	0	120	180
Neurocirurgia	0	0	280	280
Neurologia	0	96	395	491
Oftalmologia	218	0	292	510
Otorrinolaringologia	101	0	148	249
Pneumologia	150	0	64	214
Reumatologia	40	0	156	196
Torácico	38	0	38	76
Traumato-ortopedia	77	208	1.479	1.763
Psicologia	150	87	651	888
Terapia ocupacional	40	0	16.111	16.151
Educação física	0	208	14.180	14.388
Enfermagem	300	0	1.200	1.500
Farmácia	300	0	300	600
Fisioterapia	0	0	12.980	12.980
Fonoaudiologia	45	0	105	150
Dentista	100	0	100	200
Nutrição	300	208	1.474	1.982
Total	3.017	1.015	52.953	56.985

Especificamente no ambulatório de especialidades, encarregado de receber os pacientes em atenção pré e pós cirúrgica, consultoria a outros ambulatórios e avaliação de pacientes do hospital-dia, temos o seguinte quantitativo de consultas:

Tabela 29 – Produção de consultas – Ambulatório de especialidades

Especialidade	Primeira consulta	Primeira consulta interno (egressos)	Subsequente	Total	Custo unitário
Anestesia	251			251	72,84
Buco-maxilo	38		19	57	72,84
Cardiologia	64		112	176	72,84
Cirurgia geral	112		260	372	72,84
Cirurgia pediátrica	55		43	98	72,84
Cirurgia Plástica				0	72,84
Cirurgia vascular	94		72	166	72,84
Endocrinologia	60		120	180	72,84
Neurologia			280	280	72,84
Neurocirurgia			280	280	72,84
Oftalmologia	28		68	96	72,84
Otorrinolaringologia	56		58	114	72,84
Pneumologia				0	72,84
Reumatologia	40		156	196	72,84
Traumato-ortopedia	76,5		813	890	72,84
Torácico	38		38	76	72,84
Total	912	0	2318	3231	

Para o ambulatório de crônicos, foi prevista a entrada mensal de 300 novos pacientes, sendo 200 deles casos severos de hipertensão e 100 deles casos severos de diabetes. Prevê-se neste modelo que haveria, em média, quatro meses de acompanhamento ambulatorial no HRSM, com posterior transferência do cuidado para a rede.

Tabela 30 – Produção de consultas – Ambulatório de crônicos

Especialidade	Primeira consulta	Primeira consulta interno (egressos)	Subsequente	Total	Custo unitário
Cardiologia	200		580	780	72,84
Endocrinologia	100		680	780	72,84
Nefro/Urologia	60		120	180	72,84
Oftalmologia	150		64	214	72,84
Pneumologia	150		64	214	72,84
Cirurgia Vascular	60		120	180	72,84
Educação física			1200	1200	10,00
Enfermagem	300		1200	1500	10,00
Farmácia	300		300	600	10,00
Nutrição	300		600	900	28,00
Dentista	100		100	200	72,84
Total	1.720	0	5.028	6.748	

Para o ambulatório de reabilitação física, foram previstas duas formas de acesso:

- A primeira seria para os pacientes que, após procedimento cirúrgico e/ou reabilitação internados, demandariam ainda um período de acompanhamento ambulatorial. Findo este período, o paciente poderia ser encaminhado para serviço de menor complexidade, mais próximo de seu local de moradia. Com este perfil, há previsão de termos até 235 novos pacientes todos os meses.

- A segunda via de acesso seria através da Regulação Estadual, a qual poderia encaminhar pacientes atendidos na rede com indicação de reabilitação física conforme protocolos pré-definidos pela equipe do HRSM e SES-RS. Para este perfil, prevê-se até 65 novos pacientes todos os meses.

Os quantitativos de consultas foram estimados a partir do perfil de pacientes esperados para uma unidade deste porte, observada a distribuição dois serviços de reabilitação visitados na fase de avaliação situacional deste projeto. Assim, foram criados quatro diferentes perfis de pacientes e projetadas médias de consultas de cada especialidade e tempo previsto de tratamento.

Por exemplo, para os pacientes menos complexos, estima-se que haverá cerca de 20 sessões de fisioterapia e 20 sessões de condicionamento físicos, acompanhadas por médico fisiatra e mediante avaliação de equipe multiprofissional, envolvendo em média dois meses de atendimento com posterior contrarreferenciamento para a atenção básica. Já os pacientes mais complexos, teriam acompanhamento intensivo duas vezes por semana, com avaliação periódica de equipe multiprofissional. A cada período em que vierem ao ambulatório, passariam por sessões de fisioterapia, condicionamento físico, terapia ocupacional e acompanhamento multi e de fisioterapia, com duração prevista de tratamento por até um ano.

Tabela 31 – Produção de consultas – Ambulatório de reabilitação física

Especialidade	Primeira consulta	Primeira consulta interno (egressos)	Subsequente	Total	Custo unitário
Fisiatria	65	208	874	1.147	72,84
Pneumologia				0	72,84
Traumato-ortopedia		208	666	874	72,84
Neurologia		96	115	211	72,84
Fisioterapia			12.980	12.980	22,21
Terapia ocupacional			14.511	14.511	28,00
Psicologia	65	87	486	638	28,00
Nutrição		208	874	1.082	28,00
Enfermagem				0	10,00
Educação física		208	12.980	13.188	10,00
Total	130	1.015	43.486	44.631	

A estimativa de produção para o ambulatório de reabilitação auditiva prevê que sejam protetizados ao menos 45 pacientes todos os meses. Além disso, estão previstas consultas de revisão conforme protocolos preconizados pelo MS. Pacientes passariam por avaliação com otorrinolaringologista, realizaram diagnóstico com equipe de fonoaudiologia e teste dos aparelhos auditivos. Além destes profissionais, conta-se também com o suporte de equipe de Psicologia. Tempo estimado para protetização seria de aproximadamente dois meses.

Tabela 32 – Produção de consultas – Ambulatório de reabilitação auditiva

Especialidade	Primeira consulta	Primeira consulta interno (egressos)	Subsequente	Total	Custo unitário
Otorrinolaringologia	45		90	135	72,84
Fonoaudiologia	45		105	150	31,53
Psicologia	45		45	90	28,00
Total	135	0	240	375	

No ambulatório de reabilitação visual teríamos 40 novos pacientes admitidos todos os meses, para acompanhamento multiprofissional por um intervalo médio de seis meses, ao longo dos quais passariam por avaliação com equipe de oftalmologia e psicologia. A rotina do ambulatório estaria muito atrelada ao trabalho de terapia ocupacional, em cujas sessões se dariam os treinamentos de atividade da vida diária e uso de aparelhos de apoio.

Tabela 30 – Produção de consultas – Ambulatório de reabilitação visual

Especialidade	Primeira consulta	Primeira consulta interno (egressos)	Subsequente	Total	Custo unitário
Oftalmologia	40		160	200	72,84
Terapia ocupacional	40		1.600	1.640	28,00
Psicologia	40		120	160	28,00
Total	120	0	1.880	2.000	

A produção de exames e procedimentos diagnósticos foi estimada com base no funcionamento em horário comercial, em dias úteis, dividindo-se a produção entre as demandas de pacientes internados (foco) e disponibilidade para a rede do restante das ofertas.

Nos casos em que a produção estimada ultrapassava a necessidade de saúde da região, foram considerados menos dias por semana de operação. É o caso da oferta de exames como

MAPA e Holter, cuja disponibilidade no HRSM contemplará integralmente as necessidades da região.

Tabela 33 – Produção de exames e procedimentos diagnósticos

Especialidade	Proporção oferta externa	Proporção Consumo Interno	Estimativa de capacidade operacional	Custo unitário
Audiometria/Impedanciometria	100%	0%	90	31,53
Colonoscopia	90%	10%	106	374,26
Doppler vascular periférico	0%	100%	70	43,56
Doppler carótida	0%	100%	70	43,56
CPRE	90%	10%	48	1.750,00
Ecocardiografia transesofágica	0%	100%	80	257,74
Ecocardiografia transtorácica	30%	70%	800	123,96
Eletroneuromiografia	70%	30%	100	161,09
Endoscopia digestiva alta	60%	40%	422	109,04
Eletrocardiograma	80%	20%	1.452	20,15
Eletroencefalograma	50%	50%	100	45,92
Holter	100%	0%	192	86,09
MAPA	100%	0%	192	91,82
Nasofibrobroncoscopia	50%	50%	120	70,56
Radiografia	Livre demanda	Livre demanda	3.095	19,13
Ressonância magnética	50%	50%	576	412,13
Teste ergométrico	100%	0%	384	65,42
Tomografia	50%	50%	864	187,70
Ultrassonografia geral	80%	20%	1.600	49,35
Urodinâmica	70%	30%	110	268,48

Nota: Os exames laboratoriais foram estimados como sendo plenamente realizados apenas para pacientes internos ao hospital. Seu custo encontra-se agregado nas estimativas financeiras ao custo médio das saídas hospitalares.

A produção de cirurgias ambulatoriais em regime de hospital-dia foi projetada estimando-se funcionamento em horário comercial, em dias úteis, com o uso de suas salas cirúrgicas. Os leitos de recuperação para estes pacientes seriam os disponíveis na própria área do HD, onde originalmente projetou-se uma unidade de Cuidados Intermediários Neonatal.

Tabela 34 – Produção de cirurgias ambulatoriais – Hospital-Dia

Cirurgias eletivas ambulatoriais	Cirurgias	Custo unitário
Cirurgia geral	60	160,05
Urologia	20	160,05
Buco-maxilo	20	160,05
Torácico	20	160,05
Ortopedia	40	160,05
Otorrinolaringologia	30	160,05
Cirurgia vascular	50	160,05
Cirurgia pediátrica	30	160,05
Total	270	

Já a produção do Centro Cirúrgico foi estimada considerando-se um uso de 50% da agenda cirúrgica, com eventual realização de procedimentos nos finais de semana.

A distribuição entre procedimentos de médio e grande porte foi feita a partir das necessidades de saúde observadas na região, podendo ser readequadas conforme agenda, sem prejuízo na capacidade total de produção estimada.

Tabela 35 – Produção de cirurgias eletivas

Cirurgias médio porte	Cirurgias	Custo unitário
Cirurgia geral	110	2.039,18
Urologia	10	2.039,18
Ortopedia	300	2.590,18
Otorrinolaringologia	10	2.053,44
Cirurgia vascular	10	2.765,40
Cirurgia pediátrica	10	1.882,32
Total médio porte	450	

Cirurgias grande porte	Cirurgias	Custo unitário
Ortopedia	130	3.403,00
Neurocirurgia	100	8.704,00
Total grande porte	230	

Além destas atividades supracitadas, o HRSM se encarregaria da distribuição de órteses e próteses para pacientes egressos de internação e em atendimento ambulatorial. É importante garantir, por meio de protocolos rígidos, que a distribuição destes equipamentos seja feita apenas mediante tratamento no HRSM, não se devendo contemplar pacientes que, em virtude de indicações que não as especializadas, tenham recebido indicação de uso de algum tipo de tecnologia assistiva.

Tabela 36 – Fornecimento de tecnologias assistivas

Tipo	Quant.	Custo unitário
Meios de comunicação	45	775,00
Meios de locomoção	50	1.139,13
Órteses	50	774,53
Próteses	8	3.521,36
Cadeiras de banho	25	713,80
Total	178	

Para a definição de custos com serviços de apoio, os critérios adotados foram os mesmos para os demais custos, chegando-se a tabela a seguir:

Tabela 37 – Parâmetros de custos dos serviços de apoio

Serviço	Unidade	Custo unitário
Lavanderia	Kg. Roupa lavada	4,20
Manutenção	Custo médio mensal	2,0%
Limpeza	m2	14,02
Segurança	m2	7,70
Nutrição	Custo dia de refeição do paciente	41,27
Nutrição	Custo dia de refeição do funcionário (desjejum)	4,11
Nutrição	Custo dia de refeição do funcionário (almoço)	14,03
Nutrição	Custo dia de refeição do funcionário (jantar)	13,20
Nutrição	Custo dia de refeição do funcionário (merenda)	3,11
Nutrição	Custo dia de refeição do funcionário (ceia)	6,55
Água	Custo por paciente-dia internado	9,29
Energia	Custo por paciente-dia internado	13,83
Gás	Custo por paciente-dia internado	3,50

Foram considerados como serviços prestados por empresas terceirizadas:

- Higiene e limpeza (mão-de-obra e suprimentos)
- Lavanderia e roupa (mão-de-obra e locação de enxoval)
- Nutrição (mão-de-obra e suprimentos)

- Segurança, portaria, recepções e ascensoristas (mão-de-obra e equipamentos)
- Manutenção (apenas serviços especializados, contando-se com equipe própria para as manutenções rotineiras do edifício)
- Laboratório de análises clínicas (mão-de-obra e suprimentos)
- Serviços médicos (mão-de-obra)
- Serviços de equipe multi (mão-de-obra – fisioterapia)
- Guarda de arquivos
- Remoções (mão de obra e veículos)
- Veículos administrativos (mão de obra e veículos)

Receitas

Para a estimativa de receita, foi utilizado o parâmetro determinado pela SES-RS de que esta unidade hospitalar fará uma divisão em seus atendimentos de modo a que haja 80% de atendimentos prestados diretamente ao SUS e 20% dos atendimentos oriundos de convênios, com pagamento de remuneração equivalente a outros serviços de saúde da região.

Assim, a previsão de receitas obtidas com atividades assistenciais foi calculada com base na produção apresentada anteriormente, tendo considerado que para os atendimentos SUS seriam aplicados os valores da tabela de procedimentos (para exames, consultas e procedimentos ambulatoriais) e para as internações SUS seria aplicada a média das AIHs no RS, conforme especialidades.

No caso das receitas oriundas dos 20% de produção para convênios, considerou-se que haveria uma remuneração de duas vezes o valor praticado na tabela SUS, média esta observada nos serviços da região de Santa Maria.

Foram incluídas no modelo algumas receitas adicionais, discriminadas no demonstrativo como "Outras receitas", as quais incluem pagamentos pelo uso de estacionamento nas dependências do hospital, locação de espaço para lanchonete e renda com utilização do hospital como campo de prática por universidades privadas e cursos técnicos.

Tabela 38 – Receitas extra-orçamentárias previstas

Tipo	Quant.	Valor Unit.	Total/mês
Locação de espaços ¹	1	10.000,00	10.000,00
Estacionamento ²	26.400	15,00	396.000,00
Atividades de ensino (alunos de medicina) ³	2.200	15,00	33.000,00
Atividades de ensino (alunos multi) ⁴	3.300	10,00	33.000,00
Atividades de ensino (alunos técn. enfermagem) ⁵	2.200	5,00	11.000,00
TOTAL			439.000,00

1. Considerando locação de duas lanchonetes, uma no subsolo do bloco D e outra no 2º pav. B
2. Consideradas 200 vagas de estacionamento e quatro giros diários (1/4 do movimento nos finais de semana)
3. 100 alunos/mês
4. 150 alunos/mês
5. 100 alunos/mês

7.2. Proposta de faseamento da operação

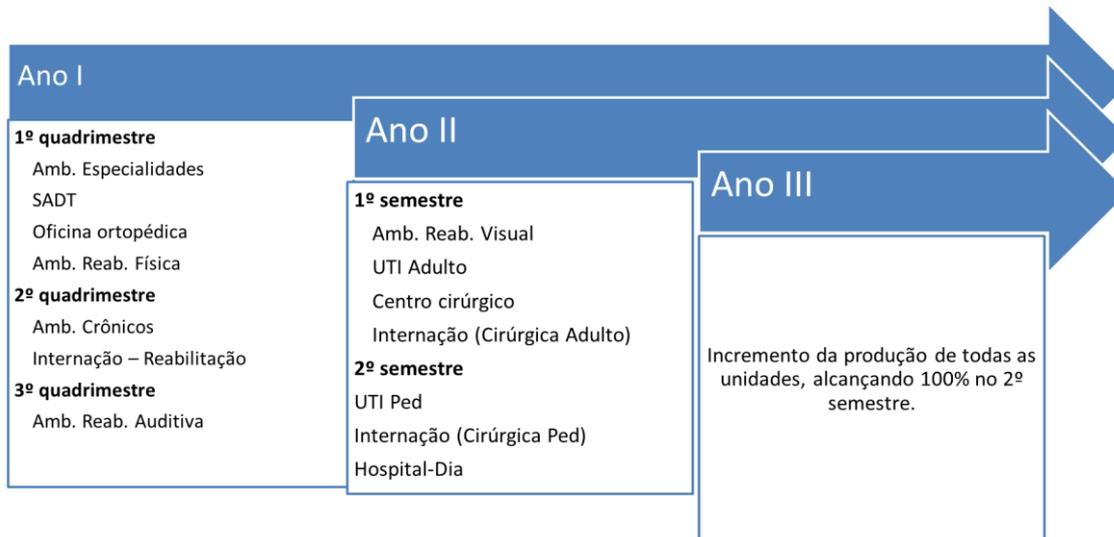
Premissas adotadas

Para o faseamento da operação, considerou-se que o hospital abriria por etapas, com crescimento paulatino e progressivo de sua produção. Para todas as unidades, adotou-se o padrão de um período de um mês para contratação, capacitação das equipes, abastecimento de estoques e preparação dos setores antes de sua abertura para atividades assistenciais.

O critério de escolha para quais unidades seriam abertas inicialmente envolveu sobretudo a prestação de serviços ao maior número possível de pessoas, com o menor custo inicial, dentro das necessidades mais relevantes da região e em acordo com a lógica da estrutura hospitalar.

Em linhas gerais, a abertura se daria da seguinte forma:

Quadro 5 – Escalonamento da produção



Faseamento detalhado

O quadro a seguir apresenta o escalonamento em detalhes, mês a mês, ao longo de três anos de operação.

Unidade	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12	Mês 13	Mês 14	Mês 15	Mês 16	Mês 17	Mês 18	Mês 19	Mês 20	Mês 21	Mês 22	Mês 23	Mês 24	Mês 25	Mês 26	Mês 27	Mês 28	Mês 29	Mês 30	Mês 31	Mês 32	Mês 33	Mês 34	Mês 35	Mês 36		
a. Ambulatório de Especialidades	I	30%	30%	30%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%	85%	90%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
b. Ambulatório de Crônicos						I	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%	85%	90%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
c. Ambulatório de Reabilitação Física	I	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%	85%	90%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
d. Ambulatório de Reabilitação Auditiva										I	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%	85%	90%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
e. Ambulatório de Reabilitação Visual												I	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%	85%	90%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
f. Unidade de Terapia Intensiva Adulto												I	30%	30%	40%	40%	50%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
g. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica																		I	50%	50%	50%	70%	70%	70%	90%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
h. Unidade de Internação - Reabilitação					I	17%	17%	17%	17%	17%	17%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	66%	66%	66%	66%	66%	66%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
i. Unidade de Internação - Cirúrgica												I	13%	13%	13%	13%	13%	13%	26%	26%	26%	26%	26%	39%	39%	39%	39%	65%	65%	65%	65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
j. Hospital-Dia															I	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
k. Centro Cirúrgico												I	17%	17%	34%	34%	34%	51%	51%	51%	68%	68%	68%	85%	85%	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
l. Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapêutica	I	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%	85%	90%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
m. Oficina Ortopédica	I	30%	30%	30%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%	85%	90%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

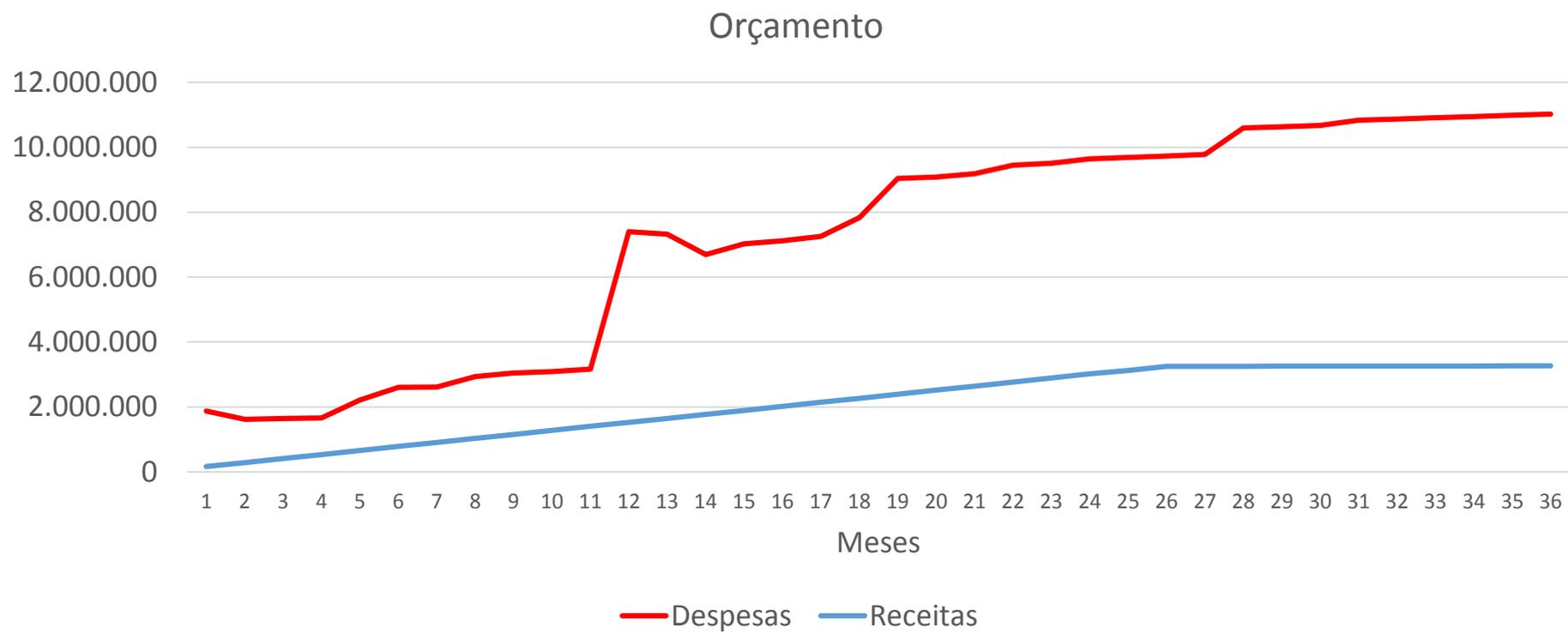
7.3. Previsão orçamentária

Descrição/mês	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
01. Pessoal e reflexos	714.499	724.355	726.007	728.089	864.032	1.190.065	1.192.631	1.195.312	1.256.424	1.261.189	1.292.940	2.864.255
01.01 - Remuneração de pessoal	521.377	528.569	529.774	531.294	630.493	868.403	870.274	872.231	916.825	920.302	943.472	2.090.076
01.02 - Benefícios	79.641	80.740	80.924	81.156	96.309	132.650	132.936	133.234	140.046	140.577	144.117	319.262
01.03 - Encargos e Contribuições	49.995	50.685	50.800	50.946	60.458	83.271	83.451	83.639	87.915	88.248	90.470	200.418
01.04 - Outras despesas com Pessoal	63.486	64.362	64.508	64.693	76.772	105.742	105.969	106.208	111.638	112.061	114.882	254.499
02. Materiais de consumo	227.045	94.896	98.515	102.339	195.292	194.243	204.637	222.927	241.843	260.988	280.548	520.703
03. Materiais de Consumo Assistencial	260.947	55.380	67.547	79.982	153.861	145.983	139.917	155.071	171.609	186.840	203.088	1.057.961
04. Serviços Terceirizados	736.730	747.781	750.251	753.803	1.003.572	1.071.487	1.073.663	1.366.114	1.377.120	1.383.945	1.391.238	2.955.102
TOTAL DAS DESPESAS	1.939.221	1.622.412	1.642.320	1.664.213	2.216.757	2.601.779	2.610.848	2.939.425	3.046.996	3.092.962	3.167.814	7.398.021
Receita SUS	150.662	322.759	326.044	329.700	388.363	471.337	497.939	545.063	586.223	594.529	605.710	673.141
Receita Convênios	37.665	80.690	81.511	82.425	97.091	117.834	124.485	136.266	146.556	148.632	151.427	168.285
Outras receitas	22.051	38.976	55.934	73.011	90.310	107.541	124.837	142.220	159.820	177.646	195.641	213.958
TOTAL DAS RECEITAS	210.378	442.424	463.489	485.136	575.764	696.712	747.260	823.548	892.598	920.807	952.779	1.055.384
SALDO	-1.728.843	-1.179.987	-1.178.831	-1.179.077	-1.640.994	-1.905.066	-1.863.588	-2.115.877	-2.154.398	-2.172.154	-2.215.036	-6.342.637

Descrição/mês	Mês 13	Mês 14	Mês 15	Mês 16	Mês 17	Mês 18	Mês 19	Mês 20	Mês 21	Mês 22	Mês 23	Mês 24
01. Pessoal e reflexos	2.865.274	2.878.958	2.969.918	2.981.170	3.003.603	3.456.279	3.498.557	3.560.899	3.601.713	3.668.007	3.680.292	4.167.768
01.01 - Remuneração de pessoal	2.090.819	2.100.805	2.167.179	2.175.389	2.191.759	2.522.082	2.552.932	2.598.424	2.628.206	2.676.582	2.685.546	3.041.262
01.02 - Benefícios	319.375	320.901	331.039	332.294	334.794	385.251	389.964	396.913	401.462	408.851	410.221	464.557
01.03 - Encargos e Contribuições	200.489	201.447	207.812	208.599	210.169	241.843	244.802	249.164	252.020	256.659	257.518	291.628
01.04 - Outras despesas com Pessoal	254.590	255.806	263.888	264.888	266.881	307.103	310.859	316.399	320.025	325.916	327.007	370.321
02. Materiais de consumo	264.356	278.771	319.931	321.589	332.808	419.575	408.940	416.288	441.298	460.559	469.160	509.767
03. Materiais de Consumo Assistencial	503.592	535.981	754.309	763.637	782.529	847.494	897.021	919.056	1.051.602	1.084.884	1.089.773	1.149.050
04. Serviços Terceirizados	3.633.221	3.019.512	3.074.744	3.090.255	3.199.358	3.799.365	3.912.920	3.920.679	3.934.055	3.951.000	3.967.906	3.984.618
TOTAL DAS DESPESAS	7.266.443	6.713.222	7.118.902	7.156.651	7.318.297	8.522.713	8.717.439	8.816.922	9.028.668	9.164.450	9.207.130	9.811.202
Receita SUS	1.160.447	1.171.699	1.213.383	1.277.588	1.321.448	1.366.506	1.565.557	1.616.339	1.643.388	1.693.726	1.706.539	1.740.983
Receita Convênios	290.112	292.925	303.346	319.397	330.362	341.627	391.389	404.085	410.847	423.431	426.635	435.246
Outras receitas	223.156	240.941	258.360	276.018	294.177	311.869	329.605	347.448	365.689	384.296	403.112	422.429
TOTAL DAS RECEITAS	1.673.714	1.705.565	1.775.089	1.873.002	1.945.987	2.020.001	2.286.551	2.367.872	2.419.924	2.501.453	2.536.286	2.598.658
SALDO	-5.592.729	-5.007.657	-5.343.813	-5.283.649	-5.372.310	-6.502.711	-6.430.888	-6.449.051	-6.608.743	-6.662.996	-6.670.845	-7.212.544

Descrição/mês	Mês 25	Mês 26	Mês 27	Mês 28	Mês 29	Mês 30	Mês 31	Mês 32	Mês 33	Mês 34	Mês 35	Mês 36
01. Pessoal e reflexos	4.181.013	4.193.597	4.205.625	4.387.443	4.399.384	4.411.286	4.423.512	4.693.974	4.707.686	4.721.481	4.735.145	4.748.676
01.01 - Remuneração de pessoal	3.050.927	3.060.110	3.068.887	3.201.561	3.210.275	3.218.960	3.227.881	3.425.240	3.435.245	3.445.312	3.455.283	3.465.157
01.02 - Benefícios	466.033	467.436	468.777	489.043	490.374	491.700	493.063	523.210	524.738	526.276	527.799	529.307
01.03 - Encargos e Contribuições	292.555	293.435	294.277	306.999	307.835	308.667	309.523	328.448	329.407	330.372	331.328	332.275
01.04 - Outras despesas com Pessoal	371.498	372.616	373.685	389.840	390.901	391.959	393.045	417.076	418.295	419.520	420.735	421.937
02. Materiais de consumo	522.728	524.735	547.530	567.122	569.030	570.932	572.897	599.009	601.182	603.370	605.532	607.671
03. Materiais de Consumo Assistencial	1.084.884	1.089.773	1.149.050	1.276.378	1.281.289	1.286.181	1.291.253	1.464.334	1.470.465	1.476.641	1.482.737	1.488.766
04. Serviços Terceirizados	4.000.698	4.015.851	4.030.216	4.349.796	4.364.427	4.379.003	4.394.067	4.409.628	4.425.695	4.441.876	4.457.865	4.473.685
TOTAL DAS DESPESAS	9.789.322	9.823.956	9.932.422	10.580.739	10.614.130	10.647.402	10.681.728	11.166.944	11.205.028	11.243.367	11.281.279	11.318.798
Receita SUS	1.753.195	1.759.291	1.769.105	1.931.252	1.937.266	1.943.260	1.949.438	2.081.878	2.088.855	2.095.828	2.102.726	2.109.553
Receita Convênios	438.299	439.823	442.276	482.813	484.317	485.815	487.360	520.470	522.214	523.957	525.681	527.388
Outras receitas	424.261	442.907	443.917	445.190	447.078	448.087	449.053	450.063	451.468	453.180	454.980	457.175
TOTAL DAS RECEITAS	2.615.754	2.642.021	2.655.299	2.859.255	2.868.661	2.877.162	2.885.851	3.052.410	3.062.536	3.072.965	3.083.387	3.094.115
SALDO	-7.173.568	-7.181.935	-7.277.123	-7.721.484	-7.745.470	-7.770.240	-7.795.877	-8.114.534	-8.142.492	-8.170.402	-8.197.892	-8.224.683

Gráfico 7 – Evolução orçamentária



Dimensionamento de pessoal e organograma

Como levantamento prévio do número de profissionais necessários para desenvolver as atividades de operacionalização do HRSM, adotamos algumas premissas que convém esclarecer:

1. Foi considerado que a equipe de gestão seria inteiramente contratada dentro da estrutura do HRSM. Caso a decisão de entidade gestora envolva uma instituição que já detém uma equipe em "matriz" que dê suporte às operações do HRSM como uma "filial", haveria possibilidade de redução de alguns quadros;
2. Os parâmetros de profissionais/leito, enfermeiro/leito e enfermagem/leito foram obtidos e validados a partir de benchmarking com instituições públicas de saúde de grande porte;
3. O estudo também procurou manter uma distribuição das despesas com pessoal dentro de parâmetros similares a outros hospitais públicos de grande porte, de modo a termos maior segurança na precisão das informações e entendendo que assim teríamos uma estrutura enxuta, porém suficiente para desenvolver as atividades previstas;
4. Conforme explicitado anteriormente, este modelo prevê que a equipe médica seria contratada preferencialmente como pessoas jurídicas. Recomenda-se a contratação de empresas de expertise reconhecida e que tenham condições técnicas e administrativas de assumir unidades por inteiro (ex. uma empresa para a gestão da UTI adulto, uma empresa para gestão da UTI pediátrica etc.)
5. Também foram considerados como pessoa jurídica outras categorias profissionais, como fisioterapia e terapia ocupacional, o que é possível, porém dependeria da disponibilidade de empresas com este perfil na região.

A seguir são apresentados os quantitativos propostos e algumas métricas de validação do modelo, baseadas em benchmarking com outras instituições de saúde.

Quanto à composição da força de trabalho, o modelo aqui proposto encontra-se em patamar similar ao da mediana dos hospitais públicos de grande porte brasileiros. Nesta comparação, foram desconsiderados os casos de unidades de saúde cujos parâmetros de composição de pessoal e tamanho da força de trabalho requerem condições muito específicas, dada sua especialização e/ou singularidade.

Assim, como se observa no quadro a seguir, temos que do ponto de vista da participação de gestores na força de trabalho, este modelo propõe um parâmetro inferior ao da média das instituições públicas de saúde, compreendendo que por se tratar de uma unidade idealizada como de referência, ela há de adotar práticas de maior eficiência que as observadas em outras instituições, devendo se aproximar do modelo observado em instituições privadas.

Quanto à proporção de profissionais assistenciais no total da força de trabalho, temos um índice dentro do esperado para a mediana dos hospitais públicos, com 48% da força de trabalho diretamente dedicada à assistência aos pacientes.

A participação da equipe médica no total da força de trabalho também encontra-se em patamar adequado, com 16% do total de profissionais, índice dentro do esperado para hospitais de grande porte.

Já a participação de profissionais das áreas administrativas e de apoio encontra-se dentro do esperado, ainda que no limite superior estabelecido. É um sinal de que há mais profissionais apoiando as atividades assistenciais, de modo a dar melhores condições para que os profissionais da assistência possam dedicar mais de seu tempo com atividades fim do hospital e menos com tarefas administrativas.

Tabela 39 – Profissionais, por grandes grupos e comparativo com benchmarking

Indicadores de validação	Valor	%	Referência (Índice) Hosp. Públicos (CQH) - dez/16	HSL
Total de gestores	62	6%	10%	2%
Total de profissionais	959	100%	-	-
Total de profissionais assistenciais	461	48%	55%	
Total de profissionais médicos	156	16%	10-20%	
Total de profissionais adm/apoio	342	36%	30%	

Quando observamos a proporção de profissionais em função da quantidade de leitos existentes, observamos que os parâmetros propostos para o Hospital Regional de Santa Maria, tanto quanto se refere ao número de enfermeiros quanto de total de equipe de enfermagem, encontram-se próximos dos observados em instituições públicas de saúde de porte similar. Ressalta-se que se procurou atribuir maior peso à participação de técnicos de enfermagem na força de trabalho.

Tabela 40 – Razão profissional/leito

Indicadores de validação	Nº de prof.	Relação/leito	Bench. Relaç./leito ¹	% da força de trabalho	Bench. % da força de trab.. ¹
Enfermagem	383	1,83	1,75	31%	25-35%
Enfermeiro	85	0,41	0,52	9%	8-10%
Pessoal total ²	959	4,59	6,06	-	-

1. Referência: Hospitais Gerais Públicos de Grande Porte (CQH) - dez/16
2. Exceto terceiros não assistenciais

Dentre os profissionais terceiros não assistenciais, estima-se o volume da força de trabalho conforme abaixo, considerando a área e o volume de atividades previstas para o HRSM:

Tabela 41 – Profissionais terceiros (não assistenciais)

Tipo	Nº de prof.
TOTAL	280
Segurança e Ascensorista	60
Laboratório	30
SND	40
Higiene	80
Lavanderia	30
Carro com motorista	2
Remoções	12
Agência transfusional	6
Outros	20

Na estimativa de distribuição de profissionais por setor, teríamos o seguinte quadro:

Tabela 42 – Profissionais, por setor

Setor	Nº de profissionais
TOTAL	959
a. Ambulatório de Especialidades	48
b. Ambulatório de Crônicos	35
c. Ambulatório de Reabilitação Física	90
d. Ambulatório de Reabilitação Auditiva	6
e. Ambulatório de Reabilitação Visual	6
f. Unidade de Terapia Intensiva Adulto	57
g. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	54
h. Unidade de Internação - Reabilitação	48
i. Unidade de Internação - Cirúrgica	190
j. Hospital-Dia	28
k. Centro Cirúrgico	83
l. Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapêutica	72
m. Oficina Ortopédica + Administração	242

Os detalhes de composição de RH por setor, valores salariais e discriminação de encargos e provisões estão detalhados em planilha específica, a qual consta no Anexo XIII – Dimensionamento de RH.

As despesas com RH foram estimadas considerando que a entidade gestora seria detentora de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social – Saúde (CEBAS), de modo que os encargos foram ajustados aos benefícios proporcionados.

8. CONCLUSÕES

Conforme observado no orçamento proposto, seria possível colocar a unidade em operação em um ritmo ainda mais acelerado que o aqui proposto caso se dispusesse dos R\$ 6 milhões inicialmente previstos como orçamento mensal. Da forma paulatina como propomos a abertura, haveria possibilidade de iniciar atividades ocupando parcialmente o subsolo e o 1º pavimento do bloco C e bloco A, enquanto as demais áreas seriam readequadas para abertura posterior. Assim, o custeio no primeiro ano de operação seria menor que o esperado.

Um ponto a ser destacado é também a dificuldade logística que a região imporá às atividades. O fato de o hospital ser uma unidade dedicada a atender uma área tão abrangente do interior do RS, sobretudo em se tratando de uma unidade de saúde que atenderá pacientes de reabilitação física, trará dificuldades de transporte à população que depende de veículos adaptados. Em se tratando de municipalidades em sua maioria de pequeno porte e com baixa disponibilidade de veículos para transporte de pacientes, ainda mais em se tratando de veículos adaptados, será importante definir estratégias efetivas para garantir o acesso dos pacientes ao serviço.

Uma solução adotada no Estado de São Paulo para garantir o acesso de pacientes aos serviços de reabilitação foi a compra e adaptação de uma carreta na qual foram instalados os equipamentos básicos para atividades de protetização e atenção ambulatorial em reabilitação física. Este serviço estava atrelado a uma unidade de saúde com capacidade de internação, a qual recebia os casos captados pela unidade móvel e demais referências da rede. Em poucos anos, com a instalação de uma rede mais distribuída de serviços de reabilitação, o uso da unidade móvel reduziu-se a ações pontuais.

Independente disso, junto com o HRSM, é importante que nasça uma política estadual de atenção ao paciente em reabilitação nas suas diferentes modalidades (física, visual, auditiva e intelectual). Esta política deveria estabelecer os protocolos básicos destas linhas de cuidado e a forma como se dará o relacionamento das unidades da atenção básica e ambulatorial com a atenção hospitalar, forma de mediação do complexo regulador estadual e critérios de admissão de pacientes. O caso da Rede Lucy Montoro em São Paulo é um exemplo bem sucedido de política desenvolvida com este viés e seria um referencial importante para a construção de uma futura rede de atenção ao paciente em reabilitação.

Outro ponto que merece avaliação mais criteriosa pela SES-RS diz respeito à proposta de atenção em modelo que preveja tanto atendimentos SUS quanto a convênios. Na avaliação aqui realizada, observou-se uma importância muito pequena dos recursos auferidos com a saúde suplementar. Caberia avaliar se, ao adotar um modelo 100% SUS, os benefícios obtidos não superariam as receitas captadas via convênios, dado que há incentivos interessantes para serviços que concentram atendimento a pacientes do SUS.

Quanto à rede de atenção na qual o HRSM está inserido, convém ressaltar que trata-se de um espaço geográfico com baixa cobertura da atenção básica e na qual existem poucos serviços que sirvam de contrarreferência ao HRSM. Isso tende a colocar nas mãos dos gestores do HRSM um papel ainda mais complexo, pois terão que atuar não apenas na gestão da atenção à saúde na própria unidade, mas também participar de processos de capacitação e de reorganização da rede. A este desafio, soma-se o de definir o papel do HRSM enquanto unidade de média e alta complexidade, dividindo o volume e perfil de pacientes que hoje superlota as unidades de saúde já em funcionamento.

Por fim, enfatizamos a urgência na ocupação do edifício. Além das já sabidas pressões sociais e políticas para que a unidade entre o mais brevemente em funcionamento, o fato de a unidade seguir sem uma equipe definida de gestão está levando a uma rápida deterioração do conjunto hospitalar, com danos progressivos na estrutura em decorrência das condições climáticas e eventuais problemas construtivos.

9. REFERÊNCIAS

- CEALAG. Implantação de unidade de cuidados continuados. São Paulo: CEALAG/Hosp. Samaritano, 2017.
- CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE. Edital 01/2017 – Contratação por inexigibilidade de licitação de pessoas jurídicas para a prestação de serviços médicos e odontológicos. Santa Maria: CIRC, 2017.
- ONMAPS. Plataforma de georreferenciamento. São Paulo: Geofusion, 2017.
- IBGE. Censo demográfico 2010. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- MS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Brasília: DataSUS, 2017. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- MS. Informações de Saúde – TabNet. Brasília: DataSUS, 2017. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- MS. Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília: SAS/DRAC, 2015.
- MS. Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS. Brasília: MS, 2014.
- MS. Portaria GM/MS n. 835 de 24 de abril de 2012. Brasília: MS, 2012.
- MS. Portaria GM/MS n. 793 de 24 de abril de 2012. Brasília: MS, 2012.
- MS. Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Anvisa, 2002.
- MS. Portaria GM/MS n. 1.101 de 12 de junho de 2002. Brasília: MS, 2002.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. Portal da transparência. Santa Maria: PMSM, 2017. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br>. Acesso em: 12 abr. 2017.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano estadual de saúde – 2016/2019. Porto Alegre: SES, 2015.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Relatório de regulação estadual 2016/2017.
- SEN, Amartya. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Cia das Letras, 2010.



HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

Rua Dona Adma Jafet, 91 – Bela Vista

São Paulo – SP

CEP 01308-050

Tel.: 55 11 3155-0200

www.hospitalhiriolibanes.org.br