



**Inovação e Tecnologia no
Enfrentamento da Superlotação Hospitalar:**
a experiência do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Porto Alegre/RS



Inovação e Tecnologia no Enfrentamento da Superlotação Hospitalar: a experiência do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Porto Alegre/RS



Organizadores:

Geraldo Pereira Jotz
Welfane Cordeiro Júnior
Alexandra Jochims Kruel
Daniel Klug
Elisabete Storck Duarte
Fernanda Zanoto Kraemer
Rodrigo de Oliveira Azevedo

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO**

**GERALDO PEREIRA JOTZ
WELFANE CORDEIRO JÚNIOR
ALEXANDRA JOCHIMS KRUEL
DANIEL KLUG
ELISABETE STORCK DUARTE
FERNANDA ZANOTO KRAEMER
RODRIGO DE OLIVEIRA AZEVEDO
(ORGANIZADORES)**

Porto Alegre

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S. A.

2018

B823f Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição
Inovação e tecnologia no enfrentamento da superlotação hospitalar: a
experiência do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Porto Alegre/RS;
organização de Geraldo Pereira Jotz, Welfane Cordeiro Júnior, Alexandra
Jochims Kruehl et al. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição,
2018.

232 p. ; 22,5 cm.

ISBN 978-85-61979-39-3

1.Saúde Pública - Brasil – Sistema Único de Saúde – Administração
Hospitalar 2. Jotz, Geraldo Pereira, Org. 3.Welfane Cordeiro Júnior, Org. 4.
Kruehl, Alexandra Jochims, Org. 5. Título.

CDU 65:615.478: 614(81)

Ficha catalográfica elaborada por Izabel A. Merlo, CRB 10/329.

Sumário

Prefácio	5
Apresentação	7
 MÓDULO I: O FENÔMENO DA SUPERLOTAÇÃO E ESTRATÉGIAS PARA SEU ENFRENTAMENTO	
Superlotação de serviços de urgência: elementos conceituais e embasamento teórico para enfrentamento deste fenômeno	11
O enfrentamento da superlotação na Emergência do HNSC: um processo constante	34
 MÓDULO II: SERVIÇOS DE ATUAÇÃO TRANSVERSAL	
Núcleo Interno de Regulação	54
Escritório de Gestão de Altas	76
 MÓDULO III: EXPERIÊNCIAS DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	
Dos planos de contingência ao Plano de Capacidade Plena: medidas para promover segurança assistencial ...	87
Processos de regulação ambulatorial e o ambulatório de egressos como medida para agilizar altas	106
Regulação oncológica como estratégia para garantir o atendimento oncológico e promover agilidade de altas hospitalares	123
O desafio do gerenciamento das listas de espera eletivas: os casos da Urologia e da Cirurgia Cardíaca	136
Redução do tempo de reocupação dos leitos: estratégias de melhoria	151
Otimização dos processos cirúrgicos e a interface com a Emergência	160
Rounds multidisciplinares como estratégia para a ampliação da oferta de leitos: a experiência do NIR e da UTI Cirúrgica do HNSC	167

A adoção do kanban: de ferramenta sinalizadora a um sistema de gestão de processos assistenciais	175
A inserção do Serviço Social na desospitalização: aproximação e compromisso com as demandas sociais ...	186
Transição do Cuidado: interface entre atenção hospitalar e atenção domiciliar na desospitalização segura	195
Unidade de Pronto Atendimento como dispositivo facilitador da reorganização da demanda do Serviço de Emergência	204
A segurança do paciente na Emergência do HNSC	212
Sobre os autores e os organizadores	226

PREFÁCIO

Um dos maiores desafios dos sistemas de saúde atuais é manter a qualidade da assistência em cenário onde a demanda parece aumentar continuamente e a complexidade da assistência é crescente, principalmente, por causa das mudanças demográficas, mas, também, pelo aperfeiçoamento das tecnologias usadas para a atenção na saúde.

O impacto desse cenário é o aumento de filas, a superlotação em serviços de urgência e o aumento da insatisfação com os sistemas de saúde. Como dizia o físico Albert Einstein: “Insanidade é continuar fazendo sempre as mesmas coisas e esperar resultados diferentes”.

Isso tem feito com que serviços de saúde, principalmente nos EUA e em alguns países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), venham adotando filosofias e ferramentas de gestão que obtiveram um imenso resultado de eficiência na indústria e, posteriormente, em serviços de saúde. O impacto do uso de modelos de melhoria de gestão, como o *Lean Healthcare*, a teoria das filas, a teoria de variabilidade e gestão por processos em hospitais como o Virginia Mason, o sistema de saúde *Thecla Care* nos EUA, o hospital Saint Goranz em Estocolmo, são exemplos impressionantes e, ao mesmo tempo, mensuráveis.

A experiência do Grupo Hospitalar Conceição com algumas dessas metodologias começou por causa da superlotação no serviço de urgência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, o maior do grupo. Na análise, o Hospital observou que a superlotação do seu pronto socorro estava associada a muitos problemas de fluxos intra-hospitalares, envolvendo os do bloco cirúrgico, as altas hospitalares de pacientes internados e o giro de leitos. O Hospital já vinha utilizando estratégias de melhoria com bons resultados, e a adição das metodologias citadas acima impactou profundamente nos resultados.

Há muito ainda por fazer, mas os resultados obtidos por algumas dessas intervenções desenvolvidas pelo Hospital serviram de balizamento para uma série de programas de melhoria apoiadas pelo Ministério da Saúde. A experiência do GHC é extremamente importante como exemplo de um hospital público que, usando ferramentas de gestão atuais, reduziu desperdícios e otimizou recursos, impactando no atendimento de seus pacientes e na melhoria do clima organizacional.

Este é o maior desafio para os gestores de saúde. Usar os recursos de forma eficiente, utilizando soluções que melhorem os processos e

permitindo que, em um cenário de aumento de demanda, a resposta seja o aumento da capacidade do serviço de saúde, usando-se ferramentas adequadas de gestão.

Francisco de Assis Figueiredo

Secretário de Atenção à Saúde

Ministério da Saúde

Gilberto Occhi

Ministro da Saúde

APRESENTAÇÃO

A saúde pública no Brasil tem uma realidade paradoxal. Se, por um lado, destaca-se por sua abrangência e por avanços no cuidado aos usuários, na produção de conhecimentos e na adoção de tecnologias, por outro, demonstra sinais de angústia e sofrimento. A insuficiência de profissionais e infraestrutura, bem como a fragmentação das redes de atenção, provocam fragilidades, como a superlotação das unidades hospitalares.

O enfrentamento da superlotação hospitalar é uma das fragilidades a serem enfrentadas no presente e no futuro. Nessa perspectiva, estão as inovações e as tecnologias desenvolvidas por um grupo de profissionais habilitados e altamente capacitados que atua no Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, vinculado ao Ministério da Saúde, visando qualificar e ampliar a segurança assistencial nas suas portas de urgência, principalmente, na Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição e na UPA Moacyr Scliar.

A ética do atendimento, em tempos altamente competitivos, exige desvelo especial: o objetivo fundamental não pode ser pervertido. A busca pela excelência e pelo humanismo deve estar, cada vez mais, presente no dia a dia das unidades hospitalares, em principal, nas Unidades de Urgência e Emergência.

Em um mundo cada vez mais ligado virtualmente, no qual as informações chegam até nós em tempo real e por meio dos mais diferentes recursos comunicativos, tornou-se impossível manter a organização de uma instituição hospitalar à base de papel, caneta e planilha. A própria configuração atual da sociedade já não permite mais esse tipo de formato, que, além de ter se tornado obsoleto, compromete todo o manejo profissional. Inovar, na esfera hospitalar, é essencial, sobretudo, porque contribui, significativamente, para manter a qualidade e a resolubilidade de atendimento ao paciente que assistimos.

Esta obra traz, na sua essência, anos de experiência e práticas vividas por um grupo interdisciplinar de profissionais que atua nas Unidades de Urgências e Emergência do Grupo Hospitalar Conceição, uma Empresa Pública Federal ligada ao Ministério da Saúde, que possui 1.391 leitos, divididos em 04 Hospitais, 12 Unidades Básicas de Saúde, 03 CAPs, 01 Consultório de Rua e 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) nível III.

Agradecemos a todos os profissionais que contribuíram, de forma extraordinária, para que este projeto tornasse-se realidade. Estímulos

e contribuições, aqui expressos, servem de alicerce para que outras instituições busquem estimular seus profissionais para os desafios que se avizinham neste mundo globalizado e digital.

Diretoria do GHC

Adriana Denise Acker

José Ricardo Agliardi Silveira

Mauro Fett Sparta de Souza

MÓDULO I:
O FENÔMENO DA SUPERLOTAÇÃO E ESTRATÉGIAS PARA SEU
ENFRENTAMENTO

SUPERLOTAÇÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA: ELEMENTOS CONCEITUAIS E EMBASAMENTO TEÓRICO PARA ENFRENTAMENTO DESTES FENÔMENOS

Alexandra Jochims Kruehl

INTRODUÇÃO

Os serviços de atendimento a urgências e emergências vêm sendo alvos de debates em todo o mundo, há décadas, principalmente, a partir dos anos 1990, tendo em vista a realidade de sua superlotação, o que se tornou um campo prolífero para pesquisa e ações de gestão com vistas à sua solução. No Brasil, mesmo estando na pauta há bastante tempo, o tema alcançou mais visibilidade e força a partir dos estudos de Bittencourt (2010), que evidenciou, em sua tese de doutorado, a relação entre superlotação e baixa efetividade organizacional e da própria rede de saúde.

Um serviço de urgência e/ou emergência é considerado como uma área de passagem, onde, frequentemente, ocorre o primeiro atendimento a situações com risco de vida, de agravamento das condições de saúde, de sofrimento intenso ou de perda de autonomia e capacidade funcional.

As expectativas neste tipo de serviço são: a) agilidade na avaliação inicial, em que a condição de gravidade do paciente seja identificada rapidamente; b) identificação segura se há situação de urgência/emergência, diagnósticos prováveis e reconhecimento de ocorrências críticas; c) prestação do atendimento inicial, visando minimizar ou superar os riscos e garantir a manutenção da vida e recuperação de funções vitais, com uso de recursos indicados ao diagnóstico e ao tratamento; d) encaminhamento apropriado às unidades assistenciais (internas ou externas) adequadas para a continuidade do tratamento; e) orientação para a busca de continuidade de tratamento em unidades assistenciais adequadas à necessidade de saúde (ROMANI et al., 2009).

É importante salientar que a demanda por este tipo de serviço vem crescendo no mundo e, nos países desenvolvidos, há uma consistência de crescimento da quantidade de serviços de 3 a 6% ao ano (LOWTHIAN et al., 2012).

Conceitualmente, a superlotação de um serviço refere-se à situação em que há mais pessoas ocupando um determinado espaço do que a capacidade de acomodá-las ou, ainda, quando a realização de seus processos

operacionais está muito próxima ou além de sua capacidade instalada. Em serviços de hotelaria, dentre os quais estão os hospitais, a superlotação representa a ocupação a partir de 85 a 90% de sua capacidade. Isso é definido de forma preventiva para que, eventualmente e se necessário, seja possível atender a uma contingência de grande proporção, ou seja, é preciso manter parte da capacidade instalada ociosa, em espera (*stand by*). Em serviços de urgência, especificamente, trata-se do acúmulo de pacientes internados sob sua guarda, para além da sua capacidade instalada, da área adequada e do tempo esperado de atendimento.

Sobre esse último aspecto, no Brasil, a Resolução CFM nº 2.077/14 normatiza e estabelece o tempo máximo de 24 horas de permanência no serviço de emergência. No entanto, a literatura especializada da área tem apresentado o máximo de 4 a 6 horas como tempo ideal de permanência no serviço, dentro do qual deve ocorrer a decisão clínica e os devidos encaminhamentos para que ela seja efetivada. Tal meta tem a redução dos riscos causados pelo tempo de permanência nesse ambiente como justificativa e intento, principalmente, os aumentos de mortalidade e de tempo de permanência na internação hospitalar.

Pines et al. (2011) defendem que a superlotação é um problema multifatorial complexo, devido a um desajuste entre oferta de serviços e demanda por eles, com destaque para o uso inapropriado dos serviços. Ainda, ao pesquisarem os sistemas de saúde em diversos países, evidenciaram que os países que não têm altos níveis de superlotação são aqueles cujos sistemas de saúde possuem robustez para cuidar dos pacientes, com segurança, fora das emergências (atenção primária, pré-hospitalar e após o cuidado de emergência).

Derlet e Richards (2008) também apontam para a existência de múltiplos fatores que contribuem para a superlotação dos serviços de urgência e afirmam que a contribuição relativa de cada fator varia conforme o serviço e as circunstâncias aos quais eles estão sujeitos. No entanto, os autores salientam que a causa principal para a superlotação é o “estacionamento” de pacientes nas emergências hospitalares por falta de leitos nos hospitais para sua efetiva internação. Como outras causas, estão: a falta de leitos suficientes nos sistemas de saúde; o excesso de regulação para os serviços de urgência; a grande demanda de pacientes com situações não urgentes; a deficiência no acesso e na resolubilidade na atenção primária, principalmente, em termos de prevenção e manejo de doenças crônicas; o excesso de solicitações de exames de imagem de alto custo; as internações que poderiam ser evitadas por atendimentos ambulatoriais; a centralidade na avaliação médica e a menor ênfase e atuação das demais profissões na avaliação dos pacientes, especialmente, da enfermagem.

Sob um enfoque processual, pode-se afirmar que a superlotação dos serviços de emergência pode ter suas causas em três aspectos: na entrada dos pacientes no serviço, durante o processo de atendimento e na saída dos pacientes do serviço. A entrada do paciente refere-se à demanda do serviço e à forma como os pacientes chegam a ele, seja espontaneamente ou por encaminhamento de outros serviços de atenção à saúde. O processo de atendimento diz respeito a todos os procedimentos administrativos e assistenciais necessários para que o paciente tenha seu caso conduzido de acordo com o diagnóstico feito e as possibilidades do próprio serviço. Por sua vez, a saída do paciente do serviço pode ocorrer por alta, por óbito e por transferência para outro local com perfil mais adequado à continuidade do cuidado, o que, muitas vezes, significa uma internação hospitalar, com encaminhamento para unidades de internação, unidades de tratamento intensivo ou centro cirúrgico.

Como consequências, a superlotação pode gerar sobrecarga de trabalho, o que produz estresse negativo em trabalhadores, pacientes e familiares, e pode levar à maior ocorrência de erros e perda da qualidade e da segurança do atendimento. Pines et al. (2011) e Singer et al. (2011), dentre tantos outros autores, relatam que há relações entre a lotação e os resultados negativos no cuidado ao paciente, a saber: aumento nos tempos de espera, aumento no tempo de internação hospitalar, baixa satisfação, atrasos na aplicação de medicações, aumento nas taxas de erros e de complicações nos quadros clínicos e mortalidade.

Diante desse problema, diversos gestores e pesquisadores, em todo o mundo, vêm analisando o fenômeno e buscando soluções, as quais se tornam referências mundiais à prática de *benchmarking*, que é a análise das ações e a adoção das que são consideradas as melhores e mais efetivas.

A seguir, este capítulo apresenta as principais referências conceituais e teóricas que vêm sendo adotadas mundialmente e, por meio de *benchmarking*, também pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição, de forma a embasar as decisões para o enfrentamento do fenômeno de superlotação de seu serviço de Emergência: o Ciclo Resolutivo da Superlotação, o Pensamento *Lean* e a Teoria das Restrições.

1. O MODELO CICLO RESOLUTIVO DA SUPERLOTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA HOSPITALARES

Em 2010, Bittencourt fez uma revisão sistemática da literatura sobre as causas e consequências da superlotação, bem como das estratégias para enfrentamento dessa realidade. Evidenciou que a superlotação é

um fenômeno de âmbito mundial e de caráter sistêmico e multicausal. Assim, ela deve ser analisada de forma processual, considerando a entrada dos pacientes, o período durante seu atendimento e a saída destes da unidade de urgência/emergência, visando, principalmente, reduzir os tempos de espera e de processos para evitar a saturação do serviço.

Após essa revisão sistemática da literatura, Grabois e Bittencourt (2014) apresentaram o Ciclo Resolutivo da Superlotação como proposta para enfrentamento da superlotação dos pronto-socorros. Nesse modelo, parte-se do pressuposto de que é preciso agir de forma sistêmica, integrando e atuando de forma simultânea, em quatro diferentes dimensões ou estações: a porta de entrada do serviço de urgência, os processos de trabalho do serviço, a gestão dos leitos do hospital e a gestão da rede assistencial (GRABOIS e BITTENCOURT, 2014). O modelo pode ser visualizado na Figura 1, a seguir:

Figura 1: Ciclo Resolutivo da Superlotação
Fonte: GRABOIS e BITTENCOURT, 2014, p.306



No que se refere à porta de entrada, os autores (2014) apontam para a importância do acolhimento com classificação de risco, em ambiente reservado, feito por enfermeiro treinado em um protocolo específico, tendo-se como objetivo definir a prioridade do atendimento dos pacientes não por ordem de chegada, mas sim, por gravidade. Os autores aconselham a adoção de sistemas de informação para

tal processo, de forma a agilizá-lo. Em função das tensões que esse modelo pode gerar por má compreensão de quem está esperando, os autores sugerem a adoção de protocolos *fast track* para diminuir a chamada de “pressão de porta”. São protocolos direcionados para pacientes classificados como sendo de menor risco clínico. Os autores indicam a transferência de pacientes da emergência hospitalar às UPAs, às UBSs ou ao ambulatório do próprio hospital (GRABOIS e BITTENCOURT, 2014).

A respeito dos processos de trabalho, os escritores defendem sua (re)organização por meio da chamada de “gestão da clínica”, que tem foco na efetividade clínica, na segurança do paciente, no alto desempenho de equipes por meio de vínculo e na multidisciplinaridade e horizontalidade, com a atuação de médicos hospitalistas, os quais devem gerir os recursos e coordenar as ações assistenciais para que sejam mais integradas e eficientes (GRABOIS e BITTENCOURT, 2014). A gestão da clínica, conforme Silva (2011, p.2759), é “uma ponte entre os operadores do cuidado à saúde e os gestores na busca de consensos para qualificar a atenção ao usuário”, ou seja, um compartilhamento de responsabilidades. Nesse contexto, utilizam-se estratégias de governança clínica, diretrizes clínicas, auditoria, estudos de caso, protocolos, atuação multiprofissional e implantação de equipes de referência/matriciais e projetos terapêuticos singulares.

No que se refere à gestão de leitos, os autores reconhecem que é o principal recurso do hospital (e, portanto, o mais escasso e mais disputado), e que é preciso incidir sobre a eficiência de seu uso. Assim, é preciso otimizar a utilização dos leitos, ou seja, aumentar sua rotatividade e reduzir seu tempo de permanência e de ociosidade, de forma a compatibilizar a oferta e a demanda por eles. Em níveis ideais, a taxa de ocupação de leitos hospitalares oscila entre 85 e 90% (GRABOIS e BITTENCOURT, 2014). Uma das opções para a implantação de uma gestão de leitos efetiva é a implantação dos chamados de *bed czares* ou gestores de leitos, que são responsáveis pela alocação de pacientes nos leitos adequados às suas necessidades (urgentes/eletivos, clínicos/cirúrgicos), o que inclui detecção de leitos, mudanças de pacientes de uma área para outra, planejamento de demanda e oferta dos leitos. São, de fato, núcleos de regulação internos ao hospital (PROUDLOVE, GORDON e BOADEN, 2003).

Acerca da gestão da rede assistencial, ou gestão assistencial de apoio, os autores assumem a dificuldade que há em trabalhar em rede, e que é preciso contratualizar metas e resultados, definir claramente quais os serviços cada ponto da rede prestará, planejar conforme as necessidades da população e desenvolver os sistemas logísticos e de

informação. Neste âmbito, os escritores propõem a adoção de linhas de cuidado, em que, além da atuação em rede, é preciso que a vocação de cada ponto esteja bem definida, que o hospital e o seu serviço de urgência estejam integrados e que se considere, também, os processos de desospitalização, além do suporte das tecnologias de informação e comunicação (GRABOIS e BITTENCOURT, 2014). As linhas de cuidado ou linhas de produção de cuidado são frutos de acordos entre os atores que controlam os serviços e os recursos assistenciais pelos quais os usuários passarão e dos quais dependerão ao longo de seu atendimento. Os usuários são o elemento estruturante das linhas de cuidado, as quais devem ser organizadas do ponto de vista assistencial, de forma a “facilitar a caminhada” deles (FRANCO e MAGALHÃES Jr, 2004).

2. PENSAMENTO E PRODUÇÃO *LEAN* – UM POUCO DE HISTÓRIA

Desde o início das organizações, há preocupação com a garantia de máxima produtividade e, conseqüentemente, com resultados. Assim, durante décadas, as indústrias enfocaram em modelos de produção que permitissem o alcance de tal desempenho. No Ocidente, adotou-se o modelo de produção em massa, em principal, no setor automobilístico, com destaque para as empresas Ford, General Motors e Chrysler, as chamadas de *Três Grandes de Detroit*. Contudo, tal modelo não era viável a todos os países, dada sua realidade econômica e cultural (WOMACK, JONES e ROOS, 2004).

Nos anos 1960, a empresa japonesa Toyota, por meio do trabalho de seu engenheiro, Taiichi Ohno, e de seu presidente, Eiji Toyoda, iniciou experiências de produção por meio de lotes menores, e não em massa, criando os Sistemas de Produção da Toyota (SPT), também chamados de sistemas de produção enxuta ou sistemas *lean* de produção. Esse modelo de gestão e de produção dá grande ênfase a aspectos como o trabalho em equipes responsáveis pelos processos; aperfeiçoamento contínuo e integral (*kaizen*); busca constante pela solução de problemas (método dos 5 porquês); valorização do erro como forma de aprendizagem para sua solução e prevenção; integração entre todos os níveis funcionais e com fornecedores para a melhoria dos produtos e processos; coordenação dos fluxos de trabalho na hora certa (*just in time*); valorização dos empregados; produção conforme a demanda dos consumidores, entre outros aspectos (WOMACK, JONES e ROOS, 2004). Pode-se afirmar que o SPT foi um divisor de águas no âmbito organizacional.

Um elemento central no SPT é o conceito de “muda”, uma palavra japonesa que pode ser traduzida nas organizações como desperdício

ou perda, principalmente de esforços, materiais e tempo (WOMACK, JONES e ROOS, 2004).

Taiichi Ohno identificou sete tipos de “muda” no sistema produtivo (JONES e WOMACK, 2003; PAIM et al, 2009): transportes desnecessários; excesso de estoque com peças esperando para serem agregadas a um produto, finalizadas ou enviadas para entrega; movimentos desnecessários de pessoas; tempos de espera entre etapas de processos; excesso de etapas (etapas extras) para o processamento de um produto; produção em excesso (extra) de peças e/ou produtos não necessários; defeitos.

Jones e Womack (2003) consideram que desperdício é toda atividade humana que não cria ou agrega valor e crescem, aos aspectos já apresentados, a produção de bens e serviços que não atendem as necessidades dos consumidores. Há, ainda, outros desperdícios, como perda de potencial humano e dos serviços; uso de sistemas inapropriados; perda de energia, água e materiais; perda de tempo dos consumidores (AHERNE e WHELTON, 2010).

A partir dessas identificações e da ênfase em continuidade de melhorias alcançadas, outros gestores e estudiosos passaram a contribuir com tal enfoque, fazendo emergir o conceito de Pensamento *Lean* (Mentalidade *Lean*, Mentalidade Enxuta), cunhado e disseminado por Womack, Jones e Rich, na década de 1990, poucos anos após esse enfoque ter chegado ao Ocidente. Conforme Hines, Holweg e Rich (2004), o Pensamento *Lean* evoluiu e deve seguir em evolução, o que tem gerado confusões sobre o que é e o que não é esse conceito.

Resumidamente, o Pensamento *Lean* é uma proposta de um antídoto para a “muda”. Para tanto, adota cinco princípios, também chamados de passos: a identificação do valor de um produto para o consumidor, a gestão do fluxo de valor, o desenvolvimento da capacidade de fluidez da produção/prestação do serviço, o uso de mecanismos de arranque/ atração para suporte ao fluxo de trabalho e a busca por perfeição, ao reduzir a zero todas as formas de desperdício (WOMACK e JONES, 2003). O sentido desses princípios é a criação de soluções *lean*, por meio da redução de desperdícios internos e do desenvolvimento do valor por parte do consumidor, envolvendo os níveis estratégico e operacional da organização (HINES, HOLWEG e RICH, 2004). Tais princípios serão mais bem detalhados a seguir.

2.1 Os princípios do Pensamento *Lean*

O primeiro passo ou princípio para efetivar o Pensamento *Lean* é a **identificação ou especificação de valor**. O valor é o elemento central.

Ele é um produto específico (que pode ser um bem, um serviço ou ambos), que satisfaz a necessidade do consumidor, a um preço concreto, em um tempo determinado. Assim, esse é um passo fundamental, intencional e preciso. O valor é criado por quem o produz, a partir da identificação das necessidades de quem receberá os produtos (bem, serviços ou ambos) (WOMACK e JONES, 2003). Trata-se, portanto, do valor a ser percebido por quem receberá o produto. Sob este ponto de vista, o valor é criado pela redução dos desperdícios internos e pela oferta de características e/ou serviços adicionais (HINES, HOLWEG e RICH, 2004).

O segundo passo ou princípio é a **definição, a análise e a gestão dos fluxos de valor**, ou seja, é composto dos conjuntos de ações/etapas requeridas para se atingir o valor, por meio de três tarefas críticas de gestão: a solução de problemas, a gestão da informação e a transformação física com os processos existentes completos. É preciso desenhar o fluxo de valor (WOMACK e JONES, 2003) e, para tanto, algumas ferramentas podem ser adotadas, como: a Metodologia A3, o Mapeamento de Fluxo de Valor (VSM), o Diagrama de Identificação de Desperdícios (*Waste Identification Diagrams – WID*) e o Sistema SMED (*Single-Minute Exchange to Die*). Nesse passo, geralmente, descobre-se que: a) há muitas ações que de fato contribuem para a criação de valor; b) há muitas ações que não criam nenhum valor, mas que são necessárias em função das tecnologias vigentes; c) há muitas ações que não criam nenhum valor e podem ser evitadas ou, até mesmo, descartadas de forma imediata. Estas últimas são consideradas como “muda”, ou seja, como resíduos ou desperdícios e devem ser eliminadas. (WOMACK e JONES, 2003).

Em seguida, é preciso **desenvolver a fluidez do processo de produção e/ou prestação do serviço**, ou seja, fazer com que as ações/etapas criadoras de valor fluam. Consequentemente, não raro é preciso que se faça uma reorganização completa da arquitetura mental, que saia da lógica de setores e funções e vá em direção a uma lógica de fluxo, de agrupamento de atividades que gerem mais eficiência, em conformidade às necessidades do consumidor/demandante. Almeja-se com essa reorganização que, ao reduzir os desperdícios, também aumente-se a produtividade e reduzam-se os tempos e os erros e defeitos (WOMACK e JONES, 2003). Trata-se, portanto, de realizar a chamada de “gestão de processos”, ou seja, uma “forma eficaz de promover integração, dinâmica, flexibilidade e inovação nas organizações”, que busca alcançar como benefícios principais: a construção de uma visão homogênea de entendimentos sobre a forma de trabalho, a melhoria dos fluxos de informação, a padronização de processos e referencial de conformidade, a melhoria da gestão

organizacional, a redução de tempos, erros e custos dos processos e o aumento de satisfação e produtividade (PAIM et al., 2009).

O quarto princípio é o da **produção “puxada”**. Existem dois métodos de produção: a produção “empurrada”, em que se produz algo e em uma quantidade a ser oferecida a um público específico, na expectativa de que tal público queira ou tenha necessidade do que é ofertado. Nesse método, com frequência, ocorrem sobras de produtos acabados, que é desperdício. O outro método é o da produção puxada pelo consumidor, ou seja, em que a produção é realizada em conformidade à necessidade ou vontade manifestada pelo consumidor. Assim, a produção é feita em lotes menores, há possibilidade de melhor percepção de erros e defeitos e necessidade de menos recursos. Consequentemente, há possibilidade de menor desperdício (KRAJEWSKI, RITZMAN e MALHOTRA, 2009; WOMACK e JONES, 2003).

Esses dois princípios apoiam-se na filosofia *just in time* (JiT), um enfoque criado na década de 1970, após a Crise do Petróleo, que engloba a eliminação do desperdício a partir da disponibilidade de materiais e equipamentos apenas quando forem necessários e na quantidade necessária, demandada por seu consumidor, ou seja, por quem vai utilizá-los. (MAZZOCATO et al., 2010).

Um elemento central de gestão na JiT é a ferramenta *Kanban*, que se trata, atualmente, de uma forma de gestão/agendamento de demandas, por meio de indicadores visuais (cores, símbolos), em tempo real, que permite aos gestores verificar o *status* do processo de forma bastante rápida e, com isso, tomar decisões também rápidas. Sua implantação pode trazer como benefício a melhoria na capacidade de respostas às mudanças de demandas, o que, por consequência, traz melhorias nos fluxos e redução de riscos de “muda” (GROSS e McINNIS, 2003). No Brasil, há relatos de uso do *Kanban* em serviços de urgência hospitalar, como ferramenta para a gestão clínica e assistencial desses serviços (SOUZA et al., 2017).

O último princípio é o da **busca pela perfeição**, ou seja, nada de “muda”, para que o valor aumente. Na medida em que vão se alcançando mudanças e resultados positivos, alimentados por *feedbacks* e transparência, há uma tendência de maior agregação dos envolvidos na identificação de “muda” e busca por solucioná-las, até que a perfeição passa a ser verossímil, a ser buscada em longo prazo (WOMACK e JONES, 2003). Esse princípio é orientado pelo conceito *jidoka*, que significa “automatização com um toque humano”, que ocorre por meio da parada automática do sistema quando um problema de qualidade é detectado (erro, defeito) (MAZZOCATO et al., 2010).

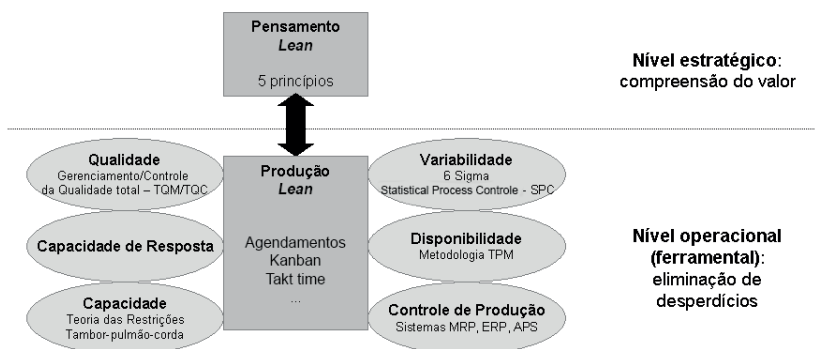
Assim, o Pensamento *Lean* estabelece um método que busca a eficiência, por meio de especificação de valor, alinhamento de ações criadoras de valor de acordo com uma sequência otimizada e fornecimento de *feedback* imediato desses esforços (WOMACK e JONES, 2003).

O chamado de Pensamento *Lean* (*Lean Thinking*) é, portanto, uma evolução dos SPT, gerado por meio da filosofia de melhoria contínua como parte da cultura organizacional.

Não raramente, o Pensamento *Lean* precisa ultrapassar os limites da própria organização e esta precisa relacionar-se com outras organizações. É o que se denomina Iniciativa *Lean*, que se trata da comunicação contínua entre as partes envolvidas, de forma a se criar um canal para todo o fluxo de valor e, com isso, evitar a “muda”, o desperdício. É preciso, portanto, regulação dos comportamentos das organizações e transparência em relação às ações adotadas durante o fluxo de valor (WOMACK e JONES, 2003).

Conforme Hines, Holweg e Rich (2004), o Pensamento *Lean* tem um nível estratégico (que é o Pensamento propriamente dito e que se refere, principalmente, à compreensão do valor) e um nível operacional (que é a Produção *Lean*, que se refere à eliminação dos resíduos). Nesse nível, pode ser complementado por outros enfoques, na medida em que estes sejam úteis para o suporte a uma estratégia mais ampla de gestão *Lean* e, por consequência, para os objetivos de eliminação dos desperdícios e aumento das capacidades dos processos (e resultados). A Figura 2 demonstra tal entendimento, mas não esgota as possibilidades de agregar novas ferramentas:

Figura 2: Lean – a framework
Fonte: Hines, Holweg e Rich, 2004, p.1007



Como o Pensamento *Lean* enfoca em processos, pode ser aplicado em organizações de várias áreas e, de fato, ultrapassou a fronteira das indústrias, tendo alcançado o setor de serviços, em meados da década de 1990. Trata-se do *Lean Service*, uma extensão dos princípios *Lean*, com três princípios essenciais: a) satisfazer as necessidades dos clientes/consumidores, executando atividades que, em sua visão, agregam valor (sendo este propósito do serviço); b) definir o fluxo de valor com o uso de fluxogramas, de forma que se possa identificar as atividades que agregam valor ou não; c) eliminar os desperdícios no fluxo de valor, ou seja, aquilo que o cliente/consumidor não tem interesse ou disposição em obter. Resumidamente, o *Lean Service* é a busca por um processo perfeito, que satisfaça seus clientes/consumidores. É importante salientar que tais clientes/consumidores podem ser externos ou internos (os trabalhadores) (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2014).

No campo dos serviços está a área da saúde, onde o Pensamento *Lean* também é conhecido como *Lean Healthcare*, e será mais detalhado a seguir.

2.2 O *Lean Healthcare*

No início dos anos 2000, o Pensamento *Lean* alcançou o setor saúde, sendo também conhecido como *Lean Healthcare*. Seus princípios vêm sendo adotados em diversos países, dando-se grande ênfase ao fluxo do paciente nos serviços (PINES et al., 2011). No Brasil, o *Lean Healthcare* vem sendo adotado em vários âmbitos, como nas maternidades, nos serviços de diagnóstico e, com mais intensidade, nas emergências hospitalares.

Os princípios do *Lean Healthcare*, a exemplo do Pensamento *Lean*, são: identificar o valor a partir do ponto de vista do consumidor; definir o fluxo de valor para cada família de produto/serviço; eliminar as perdas/desperdícios; dar fluidez ao processo de produto/serviço; responder as demandas do consumidor; melhorar, continuamente, os processos na busca pela perfeição e encorajar a contribuição dos trabalhadores (AHERNE e WHELTON, 2010).

Considerando o valor como elemento central no Pensamento *Lean*, Young e McClean (2009, p.309) salientam que o campo da saúde é “um mundo cheio de valores”. Joosten, Bongers e Janssen (2009) concordam com essa afirmação e a explicam, dizendo que cada ator envolvido possui sua própria percepção do que seja valor e, com frequência, criam-se relações em que uma percepção de valor é

defendida em detrimento das outras. Por exemplo, é o que acontece quando existe a percepção de valor dos médicos *versus* a percepção de valor dos gestores.

Assim sendo, Young e McClean (2009) identificam pelo menos três dimensões de valor: a clínica (cuidado e segurança), a operacional (tarefas e processo) e a experiencial (percepção e satisfação do paciente/usuário). Joosten, Bongers e Janssen (2009) inserem a dimensão sociotécnica (papel dos profissionais assistenciais e administrativos, equipes de trabalho e gestores) nesse escopo, mas reafirmam que o *Lean* deve estar acima do nível individual e ser compreendido como uma propriedade do sistema, ou seja, da organização como um todo. Assim, cabe, aos gestores, criar um ambiente de interação entre as equipes que as leve para um nível de desempenho que não pode ser alcançado por esforço solitário, mas sim, por atuação coletiva com foco em continuidade de melhorias.

No âmbito dos serviços de saúde, os recursos e as atividades podem ser classificados como: algo que agrega valor; algo que não agrega valor, mas é necessário; ou algo que não agrega valor. O valor agregado é avaliado pelo consumidor como algo importante ao seu cuidado em saúde. No *Lean Healthcare*, o que agrega valor são as ações e os recursos destinados ao diagnóstico e ao tratamento, como exames, observação, internações, etc. O que não agrega valor, mas é necessário, são as ações que não afetam diretamente os resultados de saúde, mas que podem interferir no tratamento, como a atualização de cadastro, por exemplo. Por fim, o que não agrega valor são as ações e os recursos que não fazem sentido em existir, uma vez que geram desperdícios e perdas, como excesso de documentações, etapas desnecessárias, re-trabalho, erros, comunicação inefetiva, sumiços e buscas de documentos e informações, etc. (AHERNE e WHELTON, 2010).

O tempo é um recurso precioso e pode ser classificado, também, como algo que agrega valor ou não. O tempo que agrega valor é o dedicado ao cuidado de saúde (diagnóstico, observação, planejamento de intervenções clínicas e as intervenções propriamente ditas). Por outro lado, o tempo que não agrega valor é aquele em que não há expectativa de mudanças das condições clínicas dos pacientes ou que essas condições tendem a piorar; é o dedicado ao trabalho desnecessário e ao supérfluo, quando não há necessidade de diagnóstico, observação ou intervenções (JOOSTEN, BONGERS e JANSSEN, 2009).

No *Lean Healthcare*, destaca-se a busca intensa pela eliminação dos desperdícios nas tarefas e nos processos, de forma a otimizar e tornar

mais eficiente o uso do tempo e de outros recursos. Assim sendo, almeja-se reduzir os custos, enquanto se aumenta a satisfação dos usuários; prover melhor qualidade nos serviços de saúde; aumentar a satisfação e motivação de trabalhadores (AHERNE e WHELTON, 2010).

2.3 A Teoria das Restrições

Conforme Hines, Holweg e Rich (2004), o Pensamento *Lean* pode ser complementado por outros enfoques. Os autores referem, por exemplo, a aplicação de ferramentas e métodos da Teoria das Restrições.

A Teoria das Restrições (TOC) é uma teoria inicialmente orientada às indústrias, para planejamento e controle de produção fabril. Com o tempo, organizações de diferentes áreas e portes passaram a adotá-la e, hoje, pode-se considerá-la como uma filosofia de gestão, cujo objetivo principal é a promoção de melhoria contínua dos processos, de forma a alcançar o melhor desempenho e resultado.

A TOC parte da premissa principal de que toda organização possui “uma meta”, que faz com que sejam mobilizados todos os seus processos e recursos em direção ao alcance desta. Assim, a meta é assumida como o objetivo primordial da organização e lhe dá foco. Nesse sentido, defende-se haver apenas uma meta. Por exemplo, em uma empresa, a meta é ganhar dinheiro, e os meios para atingi-la são:

[...] compras a baixo custo, empregar bons funcionários, produzir artigos de qualidade, vender produtos de qualidade, conquistar participação de mercado, comunicação e satisfação do cliente. [...] Todas essas coisas são essenciais para se gerenciar com sucesso uma empresa. O que todas elas fazem? Elas fazem com que a empresa seja capaz de ganhar dinheiro. Mas elas, sozinhas, não são a meta: elas são apenas o meio de se atingir a meta. (GOLDRATT e COX, 2014, p.55)

Nos sistemas de saúde, a meta global “é tratar mais pacientes, mais adequadamente e mais cedo no presente e no futuro” (WRIGHT, 2013, p.984).

A concepção de “meta” da TOC, portanto, pode ser diretamente relacionada ao conceito de “valor” do Pensamento *Lean*, e as ações para atingir a meta podem ser comparadas ao fluxo de valor e à fluidez de processos, orientados pelo *Lean*.

A TOC trabalha sob o enfoque de processos e da dependência de eventos, ou seja, um evento depende de um ou mais eventos

anteriores, e qualquer processo possui eventos dependentes. Além disso, compreende a ocorrência de flutuações estatísticas, informações que não podem ser medidas com exatidão, visto que há muitas situações contingenciais e/ou críticas, que não podem ser previstas antecipadamente. Tais eventos, quando combinados com as flutuações estatísticas, podem fazer com que haja equilíbrio (em que o processo se mantém em um ritmo médio) ou desequilíbrio de processo (provocando gargalos, como atrasos ou acúmulos) (GOLDRATT e COX, 2014). Nos serviços de saúde, o desequilíbrio pode ser evidenciado, por exemplo, por longas filas de espera físicas e/ou virtuais e por tempos de espera maiores, em um ciclo vicioso.

A TOC considera a existência de dois tipos de recursos: gargalo e não- gargalo. Um gargalo “é qualquer recurso cuja capacidade é igual ou menor que a demanda imposta a ele” (GOLDRATT e COX, 2014, p.155). Ele não é necessariamente ruim ou bom, mas é uma realidade que deve ser usada para controlar o fluxo em todo o sistema. Conforme Goldratt e Cox (2014), os gargalos ditam o tempo e, por consequência, a produtividade do sistema. Assim, “uma hora perdida em um gargalo é uma hora perdida em todo o sistema”. Por outro lado, “uma hora economizada em um não-gargalo é uma miragem”, o que significa que nem todo recurso deve ser utilizado ou otimizado. Goldratt e Cox (2014) esclarecem que há diferença entre ativar um recurso e utilizar um recurso. Ativar um recurso significa colocá-lo em prática, mas sem, necessariamente, gerar benefício, como ligar uma máquina que não precisa ser usada. Utilizar o recurso significa fazer uso dele para que o sistema vá em direção ao alcance da meta. Assim, busca-se tentar otimizar o sistema como um todo, tendo-se em vista que alguns recursos precisam ter mais capacidade do que outros, e que os que estão no final do processo devem ter capacidade maior do que os que estão no seu início (GOLDRATT e COX, 2014).

A TOC esclarece, também, os diferentes tempos de processos, que podem tornar-se restrições: tempo de preparação do recurso; tempo de processo propriamente dito; tempo na fila esperando por um recurso enquanto este está trabalhando em outra peça à sua frente; tempo em que uma peça espera por outra peça para que sejam montadas juntas (GOLDRATT e COX, 2014).

Outro elemento essencial na TOC é o conceito de restrição, que amplia o conceito de gargalo. Uma restrição é uma atividade ou recurso onde ocorre um fluxo reduzido do processo, o que limita o desempenho do sistema, e implica no não atendimento da demanda (PAIM et al., 2009). Cabe salientar que recursos com restrição de capacidade não são, necessariamente, gargalos, mas podem criá-los (GOLDRATT e COX, 2014).

Na TOC, parte-se da premissa de que todo sistema tem uma restrição, sendo preciso atuar sobre ela, de forma a dar-se vazão à demanda e, com isso, gerar ganho para o sistema como um todo (PAIM et al., 2009).

A aplicação da TOC é feita por meio de cinco passos sequenciais, chamados de passos de focalização (GOLDRATT e COX, 2014, p.138-139), que visam minimizar e, até mesmo, eliminar as restrições do sistema, a saber:

1. Identificar a restrição do sistema: é essencial identificar as causas da restrição, o chamado de problema-raiz. Conforme Paim et al. (2009), as restrições podem ser internas (da própria organização) ou externas ao sistema (mercado/rede);
2. Decidir como explorar a restrição do sistema, ou seja, utilizar a restrição da melhor forma possível, para obter os melhores resultados. Trata-se de decidir como otimizá-la, como resolvê-la;
3. Subordinar tudo à decisão anterior, o que inclui todos os recursos;
4. Elevar a restrição, ou seja, aumentar sua capacidade de produção/prestação de serviços. Pode ser necessário fazer alterações físicas sobre o sistema, por exemplo, como a compra de equipamentos;
5. Retornar ao primeiro passo, ou seja, identificar a nova restrição. Se uma restrição for superada em um passo anterior, voltar ao primeiro passo e nunca deixar a inércia causar restrição no sistema. A compreensão de melhoria contínua é essencial.

Ronen e Spector (1992 apud ŞİMŞIT, GÜNAY e VAYVAY, 2014) recomendaram que, antes de aplicar tais passos, é preciso definir, claramente, qual é a meta da organização e determinar quais serão as medidas globais de desempenho. Posteriormente, definem-se as ações a serem adotadas, devendo-se sempre considerar que toda a ação que aproximar a organização de sua meta é produtiva e vice-versa, ou seja, a produtividade é o ato de aproximar a organização de sua meta, que somente tem sentido quando se sabe qual é a meta. Além disso, é preciso alinhar qualidade e eficiência, de modo a evitar erros, re-trabalho e perdas. A esses aspectos, agrega-se a compreensão de que é preciso equilibrar a capacidade dos recursos da organização com a demanda (GOLDRATT e COX, 2014).

A TOC também defende a importância de transformar dados em informações e de sistemas de informações que permitam prever situações e evitar problemas, dando apoio às tomadas de decisão (GOLDRATT e COX, 2014).

2.4 Possibilidades ferramentais

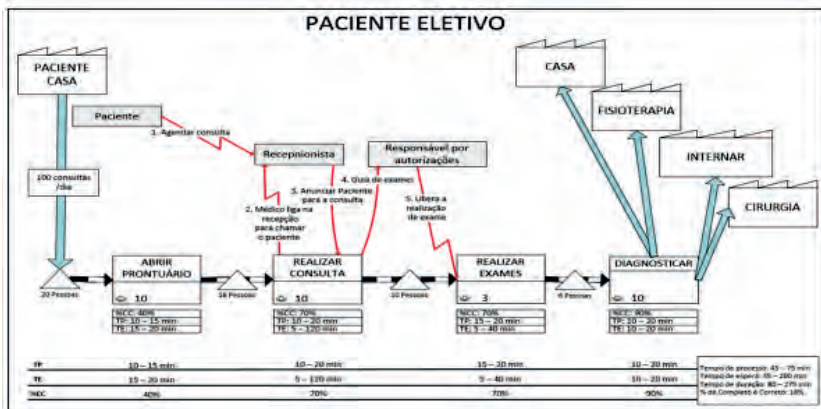
Existem algumas ferramentas que podem contribuir para a operacionalização das propostas acima. São usadas de forma complementar umas às outras. A decisão de qual ferramenta usar ou quais combinações de ferramentas fazer depende de cada organização e o que faz mais sentido no contexto organizacional.

A seguir, são apresentadas algumas das opções:

- **Benchmarking:** trata-se da aprendizagem das melhores experiências de outras organizações do mesmo setor (preferencialmente) e da adoção de práticas, adaptando-as à realidade e ao contexto organizacional, com o objetivo de alcançar os melhores resultados possíveis, dentro desse contexto (ALVES, 2012).
- **Técnica dos por quês:** consiste em aplicar a pergunta “por quê” a cada resposta ao “por quê” anterior, em média, de 3 a 5 ciclos, de forma a compreender-se as causas mais profundas de um problema, ou seja, a causa-raiz e, então, buscar soluções para preveni-la (ALVES, 2012).
- **Metodologia A3:** trata-se de uma ferramenta para resolução de problemas, desafios e projetos de melhoria contínua, com base em consenso, utilizando-se uma folha de papel tamanho A3, daí o nome. A ideia é prover simplicidade, síntese e uma estrutura lógica que permitam melhor compreensão dos atores envolvidos. A Metodologia A3 é complementada com o Ciclo PDCA (TORTORELLA, VIANA e FETTERMANN, 2015).
- **Fluxograma:** representação visual que descreve a sequência de um processo, por meio de símbolos. É usado para mapear os processos e identificar pontos que requerem melhorias, correções e adequações (ALVES, 2012; FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2014).
- **Mapeamento/Mapa de Fluxo de Valor (VSM):** é uma ferramenta para a criação de um mapa visual de cada processo envolvido no fluxo de materiais e informações da cadeia de valor. Essa ferramenta utiliza símbolos específicos e é mais complexa do que o uso de fluxogramas (KRAJEWSKI, RITZMAN e MALHOTRA, 2009). A Figura 3, a seguir, ilustra um MFV.

Figura 3: MFV do fluxo do paciente eletivo
Fonte: SOARES, MUSETTI e GONÇALVES, 2015.

Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN_STO_206_219_26699.pdf

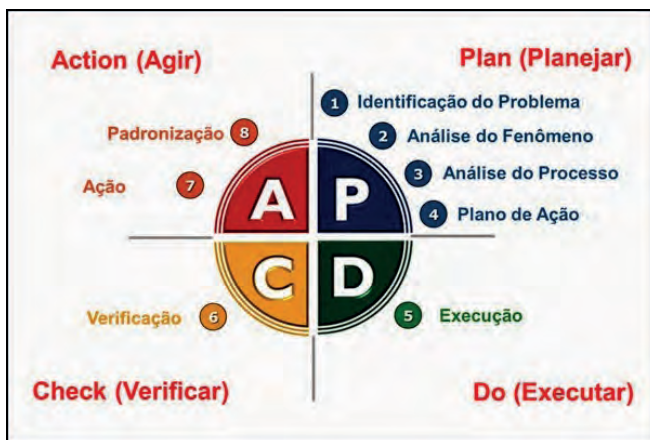


- Ciclo LAMDA de aprendizagem:** é uma ferramenta que pode complementar o Ciclo PDCA e a Metodologia A3, pois permite a visualização do problema e suas propostas de solução. Baseia-se em cinco aspectos-chave: ver o problema, aplicar a técnica dos 5 por quês, construir consenso (A3), autorreflexão e melhoria contínua (*kaizen*). O termo LAMDA é uma sigla que significa: **L**ook (observar o problema, falar com as pessoas envolvidas, buscar dados do problema); **A**sk (fazer perguntas que ajudem a compreender o problema, os envolvidos e as causas); **M**odel (criar modelos simples para ajudar a sistematizar os pensamentos/ideias); **D**iscuss (debater sobre o problema e propor soluções) e **A**ct (colocar os planos em prática) (TORTORELLA, VIANA e FETTERMANN, 2015).
- Ciclo Shewart-Deming (PDCA):** trata-se de um método gerencial que visa à melhoria contínua, por meio de solução de problemas e da adoção de etapas sequenciais de um processo: **P**lanejamento, **D**esenvolvimento/Ação, **C**ontrol e **A**ção corretiva ou padronizadora (ALVES, 2012; FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2014). É permanente e deve ser realizado como uma espiral ascendente. O Ciclo PDCA pode ser visualizado na Figura 4.

Figura 4: Ciclo PDCA

Fonte: ILGC, 2017.

Disponível em: <http://ilgc.com.br/pdca-muito-mais-que-um-metodo-de-gerenciamento/>



2.5 Um pouco de *Benchmarking*

Além do que já foi apresentado, cabe trazer outras sugestões que gestores e pesquisadores têm produzido.

Derlet e Richards (2008) propõem algumas soluções: ampliar a capacidade hospitalar, ou seja, o volume de leitos na rede de saúde; flexibilizar a regulação nesses serviços conforme a intensidade da superlotação; atender apenas casos de emergência; impedir o “estacionamento” de pacientes nas emergências, encaminhando-os às unidades de internação, mesmo que nos corredores; usar protocolos baseados em evidências para a solicitação de exames de imagem de alto custo, como as tomografias computadorizadas e as ressonâncias magnéticas.

Por sua vez, Pines et al. (2011) apresentam soluções adotadas em diferentes países, a saber: adoção de protocolos *fast track* para atendimentos de baixa gravidade e adoção de protocolo de capacidade plena; foco na “jornada do paciente” (linha de cuidado); adoção de melhores práticas de alta; expansão da capacidade instalada com contratação de leitos hospitalares e casas de repouso; inserção temporária de leitos extras; criação de unidades temporárias durante os picos de demandas; determinação de metas de tempos de permanência e satisfação dos pacientes, com prestação de contas e recompensas e incentivos financeiros pelo seu alcance.

Os autores (PINES et al., 2011) também sugerem: educação aos cidadãos para desencorajar a procurar emergências hospitalares antes de buscarem a atenção primária ou os serviços pré-hospitalares (inclusive por telefone) que possuem capacidade e autonomia resolutive ampla; serviços telefônicos e via *web* para orientações aos cidadãos sobre o que fazer e para onde ir, com distinção para atendimento adulto e pediátrico, fornecido por enfermeiros e médicos; serviços em que nem todos os pacientes são atendidos por médicos, mas sim, por enfermeiros; adoção de alternativas à hospitalização, como internação domiciliar no fim da vida; coordenação entre profissionais para internações diretas sem passar pelas emergências; serviço de urgência interdisciplinar para geriatria e cuidados paliativos; transferências de pacientes agudos para outros hospitais; adoção de unidades de decisão clínicas.

REFLEXÕES FINAIS

Embora haja diversos enfoques para a compreensão e o enfrentamento do fenômeno da superlotação dos serviços de urgência, é preciso sempre lembrar que cada um possui benefícios e limitações, visto que dependem dos contextos onde serão aplicados, o que inclui, essencialmente, a visão estratégica da organização e a cultura desta. Também, é preciso compreender que não é prudente assumir uma teoria ou proposta por completo, ou ainda, excluir qualquer uma, sem antes analisar suas potencialidades e suas limitações na realidade existente.

Todos os enfoques apresentados envolvem mudanças de entendimentos e de comportamentos, e isso, conseqüentemente, gera uma relação dicotômica de comprometimento por um lado e de ceticismo e resistência por outro. Goldratt (2006), o criador da TOC, salienta a importância de se trabalhar o convencimento das pessoas à necessidade de buscar alvos para a melhoria, bem como respeitar o conhecimento e a experiência delas, pois suas propostas podem ser bastante consistentes.

O campo da saúde, particularmente, é marcado por incertezas e por demandas e expectativas crescentes. Nesse aspecto, deve-se considerar que a população está envelhecendo, assim como as necessidades de saúde aumentam e intensifica-se o aporte tecnológico. Por outro lado, os recursos dos serviços de saúde, em todo o mundo, não conseguem acompanhar todas essas tendências ao mesmo tempo. Isso reforça o entendimento de que é preciso buscar, continuamente, a eficiência e a melhoria dos processos e da organização como um todo.

Assim, independentemente do embasamento teórico adotado, o enfrentamento do fenômeno da superlotação é um constante desafio. O próximo capítulo contará como tal desafio foi e vem sendo um alvo importante de atuação no Hospital Nossa Senhora da Conceição.

REFERÊNCIAS

AHERNE, Joe; WHELTON, John. **Applying Lean in Healthcare**: a collection of international case studies. New York: The Leading Edge Group, 2010.

ALVES, Vera Lucia de Sousa. **Gestão da Qualidade**: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. São Paulo: Martinari, 2012.

BITTENCOURT, Roberto José. A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Disponível em: https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25869_bittencourtrjd.pdf Acesso em: 04out.2018.

COX III, James F.; SCHLEIER, John G. Handbook da Teoria das Restrições. Porto Alegre: Bookman, 2013.

DERLET, Robert W.; RICHARDS, John D. Ten solutions for Emergency Department Crowding. **West JEM**. 2008, v.9, n.1, p.24-27.

FITZSIMMONS, James A.; FITZSIMMONS, Mona J. **Administração de Serviços**: operações, estratégia e tecnologia da informação. Porto Alegre: AGH, 2014.

FRANCO, Túlio B.; MAGALHÃES Jr., Helvécio M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In.: MERHY, Emerson E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2004.

GOLDRATT, Eliyahu M.; COX, Jeff. **A Meta**: Teoria das Restrições (TOC) aplicada à indústria. 3.ed. São Paulo: Nobel, 2014.

GOLDRATT, Eliyahu M. **A Meta na prática**: livro de exercícios da TOC. São Paulo: Nobel, 2006.

GRABOIS, Victor; BITTENCOURT, Roberto José. Superlotação dos

serviços de emergência. In: SOUSA, P., and MENDES, W., orgs. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. Vol. 1, pp. 297-315. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8h47w/pdf/sousa-9788575415955-16.pdf> Acesso em 04out. 2018.

GROSS, John M.; McINNIS, Kenneth R. **Kanban made simple**: demystifying and applying Toyota's legendary manufacturing process. New York: AMACOM, 2003.

HINES, Peter; HOLWEG, Matthias; RICH, Nick. Learning to evolve: a review of contemporary lean thinking. **International Journal of Operations & Production Management**. v.24, n.10, 2004, p.994-1011.

JOOSTEN, Tom; BONGERS, Inge; JANSSEN, Richard. Application of lean thinking to health care: issues and observations. **International Journal for Quality in Health Care**, v.21, n.5, p.341-347, 2009.

KRAJEWSKI, Lee; RITZMAN, Larry; MALHOTRA, Manoj. **Administração de Produção e Operações**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2009.

LOWTHIAN, Judy A. et al. Demand at emergency department front door: 10-year trends in presentations. **MJA**. v.196, n.2, p.128-132, 2112. Disponível em: https://www.mja.com.au/system/files/issues/196_02_060212/low10955_fm.pdf Acesso em 15out. 2018.

MAZZOCATO, Pamela et al. Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. **Qual Saf Health Care**. n.19, 2010, p.376-382. Disponível em: <http://nuhem.com/emlinks/LLSA%20Articles%202015/Lean%20Thinking%20in%20ED.pdf> Acesso em 10out. 2018

PAIM, Rafael et al. **Gestão de Processos**: pensar, agir e aprender. Porto Alegre: Bookman, 2009.

PINES Jesse M. et al. International perspectives on Emergency Department Crowding. **Academic Emergency Medicine**. v.8, n.12, p.1358-1370, 2011.

PROUDLOVE, N.C.; GORDON, K.; BOADEN, R. Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments? **Emerg Med J**. n.20, p.149-155, 2003. Disponível em:

<https://emj.bmj.com/content/emmermed/20/2/149.full.pdf> Acesso em 15out. 2018.

ROMANI, Humberto Menon, et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**. v.17, n.1, p.41-53, 2009. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/78/82 Acesso em 05out. 2018.

SILVA, Silvio Fernandes. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.6, 2011, p.2753-2762. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n6/2753-2762/pt>. Acesso em 15out. 2018.

ŞİMŞİT, Zeynep T.; GÜNAY, Noyan S.; VAYVAY, Özalp. Theory of Constraints: a literature review. 10th International Strategic Management Conference. 2014.

SINGER, Adam J. et al. The association between length of emergency department boarding and mortality. **Academic Emergency Medicine**. v.18, n.12, p.1324-1329, 2011.

SOUSA, Paulo Renato de, et al. Gestão do fluxo de pacientes em internações relacionadas ao pronto-socorro: aplicação da Metodologia Kanban. **RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. v.14, n.1, p.1-18, 2017.

TORTORELLA, Guilherme; VIANA, Samanta; FETTERMAN, Diego. Learning cycles and focus groups: a complementary approach to the A3 thinking methodology. **The Learning Organization**, v.22, n.4, p.229-240, 2015. Disponível em: <https://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/TLO-02-2015-0008>. Acesso em 17out.2018.

WOMACK, James P.; JONES, Daniel T.; ROOS, Daniel. **A máquina que mudou o mundo**: baseado no estudo do Massachusetts Institute of Technology sobre o futuro do automóvel. Rio de Janeiro: Campus Elsevier, 2004.

WOMACK, James P.; JONES, Daniel T. **Lean Thinking**: cómo utilizar el Pensamiento Lean para eliminar los despilfarros y crear valor en la empresa. Gestión 2000, 2003.

WRIGHT, Julie. TOC para os sistemas de saúde de amplo escopo. In.: COX III, James F.; SCHLEIER Jr., John G. **Handbook da Teoria das Restrições**. Porto Alegre: Bookman, 2013, p.981-1006.

YOUNG, Terry; McCLEAN, Sally. Some challenges facing Lean Thinking in healthcare. Editorial. **International Journal for Quality in Health Care**, v.21, n.5, p.309-310, 2009. Disponível em <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2742395&blobtype=pdf> Acesso em 16out. 2018.

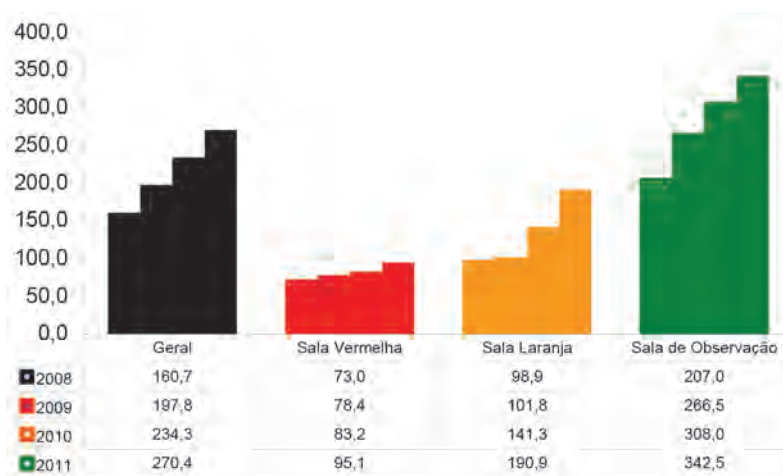
O ENFRENTAMENTO DA SUPERLOTAÇÃO NA EMERGÊNCIA DO HNSC: UM PROCESSO CONSTANTE

Alexandra Jochims Kruel
Gleide Simas Custódio Kahn
Juliane Martins Prestes
Allant Klein
Juliana Weidlich Sommer
Elisabete Storck Duarte
Fernanda Zanotto Kraemer

Durante anos, a Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição esteve em evidência em função de sua realidade de superlotação, em principal, por meio de notícias majoritariamente negativas na mídia comercial, queixas e denúncias da população nas mídias sociais e questionamentos e cobranças dos conselhos profissionais, sindicatos e órgãos de controle por uma solução ao problema.

A superlotação dos serviços de urgência não afeta apenas o aspecto visual do serviço, mas também e principalmente, a sua qualidade e sua segurança. Tem, como consequências, o aumento dos tempos de espera e, com isso, o aumento de risco para erros e eventos adversos, de infecções hospitalares, de mortalidade, de acidentes e adoecimentos de trabalhadores, além do aumento de custos e a perda de credibilidade.

A lotação da Emergência vinha apresentando índices crescentes a cada ano e, em 2011, atingiu seu apogeu, com 270,4% de taxa geral de ocupação. A Emergência do HNSC possuía, à época, 50 leitos distribuídos em três salas, conforme a gravidade dos casos: 6 leitos na Sala Vermelha, 14 leitos na Sala Laranja e 30 leitos na Sala de Observação (também chamada de Sala Verde). Esse mesmo comportamento de aumento das taxas de ocupação apresentava-se em todas as salas, como por ser observado no Gráfico 1.

Gráfico 1: Evolução das taxas de ocupação da Emergência, geral e por salas, 2008-2011**Fonte:** elaborado pelas autoras

Esse percentual significava, em 2011, que, para um total de 50 leitos, havia, em média, 135 pacientes. Na Sala Vermelha, quase ocupação plena; na Sala Laranja, 27 pacientes para 14 leitos e, na Sala de Observação (Verde), 103 pacientes para 30 leitos.

A partir de então, algumas estratégias e iniciativas passaram a ser adotadas institucionalmente, visando enfrentar a superlotação. Essas estratégias podem ser definidas em diferentes períodos:

- Até junho de 2011: ações sob a influência da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) e do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede). Sua maior conquista foi a adoção do Protocolo Manchester de Classificação de Risco;
- De junho a dezembro de 2012: elaboração de um projeto de intervenção em duas fases, sendo a primeira uma campanha de esvaziamento da Emergência, chamada de “Campanha dos 100 dias +1 no lugar certo”. O projeto foi baseado no Ciclo Resolutivo da Superlotação (GRABOIS e BITTENCOURT, 2014), o qual foi apresentado no primeiro capítulo deste livro;
- De dezembro de 2012 a dezembro de 2016: participação no Programa SOS Emergências, também, com base no Ciclo Resolutivo da Superlotação;
- A partir de janeiro de 2017: atuação baseada nas estratégias

do Modelo *Lean Healthcare*, o qual foi apresentado no primeiro capítulo deste livro.

Cabe salientar que cada período adotou algumas estratégias e manteve a maior parte das estratégias positivas anteriormente implantadas. Assumiu-se a postura de enfrentamento contínuo do problema, agregando-se o que é benéfico ao que já trouxe bons resultados. No último período, contudo, houve um envolvimento mais intenso do nível estratégico da gestão, o que fez com que o problema da superlotação da Emergência passasse a ser, efetivamente, considerado como um problema do GHC.

Este capítulo apresenta o que vem sendo feito para o enfrentamento da superlotação da Emergência do HNSC, a partir de suas ações principais e resultados alcançados, de uma forma transversal aos períodos citados.

1. A IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Em 2010, por determinação do Ministério da Saúde, a Diretoria do GHC iniciou o processo de implantação do Protocolo Manchester de Classificação de Risco. Para melhor implantação do Protocolo no GHC, foi desenvolvido um sistema de informações pela própria equipe de informática do GHC. O sistema foi desenvolvido em plataforma de *Business Intelligence* (BI) e possui interface para uso do profissional classificador e para uso gerencial.

Desde o início da implantação do Protocolo, médicos e enfermeiros vêm realizando cursos em três formatos: classificador, auditor e multiplicador.

O Protocolo Manchester de Classificação de Risco é uma forma de garantir maior segurança ao processo assistencial, e esse aspecto está melhor detalhado no Módulo 3, no capítulo sobre segurança do paciente.

2. A CAMPANHA DOS 100 DIAS

Em junho de 2011, a Diretoria e as gerências do HNSC elaboraram um plano de intervenção para o enfrentamento à superlotação da Emergência, tendo-se, como embasamento teórico, o Ciclo Resolutivo da Superlotação.

Inicialmente, foi realizado um diagnóstico situacional e, a partir dele, elaborou-se um Plano de Enfrentamento, previsto para ser efetivado em duas etapas distintas: a) uma campanha que visava ao “esvaziamento” da Emergência por meio da otimização de processos, que durou de setembro a dezembro de 2011, e foi chamada de **Campanha dos 100 dias +1 no Lugar Certo**, e uma intervenção de médio prazo para reorganizar o serviço, retomando a vocação de atenção ao paciente agudo na Emergência, prevista para iniciar após a Campanha.

Durante os 100 dias, algumas medidas foram adotadas, sendo as principais: implantação de sala de fluxo; implantação de reclassificação de risco a cada 12 horas via *Emergency Severity Index* (ESI); redução de um consultório odontológico na Emergência; fomento às transferências de pacientes para outros hospitais; e contratação de novos profissionais, sendo: cirurgiões vasculares, neurologistas; fisioterapeuta. Também, passou-se a realizar *ecodoppler* de vasos periféricos na Emergência; pactuação com a Gerência de SADT para agilização de tempo de realização e laudagem de alguns exames de imagem; e a implantação do Protocolo de Trombólise no AVC. Incentivou-se a avaliação e o acompanhamento dos pacientes internados na Emergência pelos especialistas da internação; a busca e a consultoria ativa de pacientes críticos pela equipe de médicos intensivistas da Unidade de Terapia Intensiva, na Sala Vermelha da Emergência; e a participação do PAD na identificação de pacientes da Emergência com critérios para internação domiciliar. Ainda, foi criada uma Sala de Situação Virtual para acompanhamento diário de indicadores para ajuste e melhoria de processos.

Apesar dos resultados alcançados terem sido positivos, não se alcançou a expectativa de esvaziamento da Emergência, que permanecia, constantemente, superlotada. A Campanha foi concluída em dezembro de 2011, e a segunda etapa do projeto foi cancelada, sendo substituída pela inserção do HNSC no Programa SOS Emergências.

3. O PROGRAMA SOS EMERGÊNCIAS E A ADOÇÃO DO LEAN HEALTHCARE

O Programa SOS Emergências, do Ministério da Saúde (MS), foi instituído em 2011, sendo uma ação estratégica prioritária do MS, que visava, principalmente, resolver o problema das superlotações das principais emergências hospitalares do País. Ao final do vínculo com o Programa SOS Emergências, o Ministério da Saúde manteve seu

apoio ao GHC, por meio de uma consultoria especializada no Sistema *Lean Healthcare*, que decidiu manter as ações benéficas e aprimorá-las, bem como identificar possibilidades para novas intervenções.

Desde o início da vinculação ao Programa SOS Emergências e, também, ao longo da adoção do sistema *lean healthcare*, várias medidas foram adotadas: implantação do NAQH; abertura de leitos de retaguarda; implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR); abertura da UPA Moacyr Scliar; redimensionamento de leitos por tipologia (clínicos e cirúrgicos; agudos e eletivos); adequações dos espaços da Emergência; implantação de uma farmácia satélite na Emergência; criação e reformulação de planos de contingência; e implantação da ferramenta Kanban. Essas estratégias e ações, além de outras, estão descritas neste capítulo.

4. A IMPLANTAÇÃO DE INSTÂNCIAS TRANSVERSAIS

Este tópico aborda o Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), o Núcleo Interno de Regulação e o Escritório de Gestão de Altas, instâncias instituídas no HNSC que atuam, permanentemente e de forma transversal, às equipes e às estratégias adotadas para a gestão assistencial.

4.1 O Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH)

O NAQH é preconizado pela Portaria nº 2.395/2011, que tratou da organização do componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no SUS. Essa Portaria estabeleceu que cada hospital deve criar seu NAQH, ao qual cabe uma série de responsabilidades, principalmente, garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares (BRASIL, 2011, art. 28). Para tanto, o NAQH deve ser um espaço de articulação de debate intra-hospitalar e com outros agentes da gestão e da assistência em saúde.

No HNSC, o NAQH foi implantado em janeiro de 2012 e vem sendo conduzido de uma forma dinâmica, conforme as necessidades que são identificadas. Assim, ele pode ser ampliado ou enxuto, pode ter periodicidades distintas e agregar as temáticas que forem consideradas pertinentes para a otimização dos processos assistenciais e de gestão assistencial do HNSC. Sua implantação proporcionou um espaço de discussão interna não apenas sobre a problemática da superlotação da Emergência, mas, também, sobre a eficiência do HNSC e da UPA Moacyr Scliar. O NAQH ainda abriu um canal de discussão externa, com a participação de gestores municipais e estaduais eventualmente.

4.2 Implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR)

O NIR foi instituído no HNSC em junho de 2012, inicialmente, para regular as transferências de pacientes aos leitos externos de retaguarda. Ao longo do tempo, foram agregadas novas atribuições ao NIR e, por consequência, sua atuação foi tornando-se mais complexa. O segundo módulo deste livro traz um capítulo específico sobre o NIR, com sua história e evolução, sua composição, suas atribuições e seus resultados.

4.3 Implantação do Escritório de Gestão de Altas (EGA)

O Escritório de Gestão de Altas (EGA) foi instituído no HNSC, em setembro de 2017, como uma estratégia institucional de intervenção nos processos relacionados à assistência ao paciente internado, de forma a promover maior eficiência no giro dos leitos. O segundo módulo deste livro traz um capítulo específico sobre o EGA, com sua história e sua evolução, sua composição, suas atribuições e seus resultados.

5. A ABERTURA DE LEITOS DE RETAGUARDA

O uso de leitos de retaguarda para pacientes de menor gravidade oriundos de serviços de urgência vem sendo previsto na literatura internacional há alguns anos. O Brasil adotou essa possibilidade, agregando-a à Política Nacional de Atenção às Urgências. A partir de abril de 2012, foi iniciado o processo de abertura de leitos de retaguarda para pacientes da Emergência do HNSC, em dois grandes movimentos: a) a realização de uma parceria com o Hospital Universitário, localizado em Canoas/RS, na Região Metropolitana de Porto Alegre/RS; b) a abertura de leitos clínicos e cirúrgicos no próprio Hospital Conceição. Ambos foram sendo alterados ao longo dos anos e serão melhor explicados a seguir.

5.1 Leitos externos de retaguarda

Em junho de 2012, o HNSC contratou leitos de retaguarda no Hospital Universitário de Canoas/RS (HU), uma cidade da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS.

Para que fosse viabilizada a transferência desses pacientes, várias equipes do HNSC foram mobilizadas para viabilizar a parceria e algumas

ações foram necessárias: definição de critérios clínicos de inclusão e exclusão para transferência de pacientes; criação de uma interface virtual entre os hospitais, que permitia que os médicos pudessem ter acesso online e mediante senha específica a exames e notas de alta dos pacientes transferidos; elaboração de um material informativo sobre o HU para ser distribuído e apresentado a pacientes e familiares, com fotos e esclarecimentos sobre o atendimento naquela instituição; e disponibilização de transporte para visitas e acompanhantes.

Desde a abertura dos leitos no HU até novembro de 2015, quando encerrou a parceria, foram realizadas 6.513 transferências de pacientes da Emergência, conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1: Transferência de pacientes do HSNC para o Hospital Universitário.

Fonte: relatórios internos.

	2012	2013	2014	2015
Total de transferências	939	2036	1996	1542
Média mensal de transferências	152,2	169,7	166,3	140,2
Média diária de transferências	5,0	5,6	5,5	4,6

Esse tipo de parceria requer intensa comunicação entre os envolvidos e monitoramento contínuo de indicadores. É preciso observar, também, que os hospitais de retaguarda, por serem de menor complexidade, por vezes, não possuem o aporte tecnológico necessário à continuidade dos tratamentos, daí a importância do estabelecimento de critérios claros de inclusão e exclusão às transferências. Além disso, a diferença de complexidade das comorbidades e dos germes também deve ser observada, visto que impactam, diretamente, nos tempos de internação e na organização dos leitos.

5.2 Leitos externos de UTI

Em junho de 2013, foram abertos leitos de retaguarda de UTI no HU, após um processo que contou com o apoio do GHC e envolveu a Secretaria Estadual de Saúde do RS e as Secretarias Municipais de Saúde de Porto Alegre e de Canoas. Os leitos de UTI do HU não chegaram a ser ofertados para o HNSC, mas fazem parte da história do envolvimento do GHC com a melhoria da rede.

5.3 Leitos internos de retaguarda

Em outubro de 2012, iniciou a abertura de leitos internos de retaguarda no HNSC. A conformação dos leitos internos de retaguarda foi sendo modificada ao longo dos anos. Atualmente, há duas unidades específicas para internações de pacientes oriundos da Emergência. A primeira unidade possui 27 leitos exclusivos para a Medicina Interna e tem característica e critérios para giro rápido. Desde a abertura desses leitos, até outubro de 2018, foram realizadas 10.794 internações de pacientes nessa unidade.

A segunda unidade foi aberta em 2018, possui 25 leitos e recebe pacientes oriundos da Sala Verde da Emergência, preferencialmente, da Medicina Interna. Desde sua abertura, em maio de 2018, até o final de outubro, mais de 500 pacientes foram encaminhados para essa unidade de internação.

6. ABERTURA DA UPA MOACYR SCLiar

Em setembro de 2012, foi inaugurada uma Unidade de Pronto Atendimento na Zona Norte de Porto Alegre/RS, chamada de UPA Moacyr Scliar, em homenagem ao médico e escritor gaúcho de mesmo nome, reconhecido no Estado do RS. A UPA foi implantada em parceria com a SMS POA, tendo seu quadro funcional e sua gestão vinculados ao GHC. O terceiro módulo traz um capítulo específico sobre a UPA, com sua história e sua evolução, sua composição, suas atribuições e seus resultados.

7. REORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E FUNCIONAL

A Emergência passou por várias reformas, ao longo dos anos, para adequação estrutural e melhorias de fluxos e, consequentemente, do atendimento. Algumas das reformas foram: ampliação da capacidade de leitos; reforma de salas para coleta de exames de laboratório e para realização de ECG; e transferência do consultório de Emergência Ginecológica do andar de internação para a área de consultórios da Emergência. As reformas também contemplaram aquisições e instalações de equipamentos e mobiliários adequados à estrutura e demanda, como poltronas, impressoras para a confecção de pulseiras de identificação, monitores hospitalares, etc. Além da parte estrutural e física, a reorganização também passou pelo quadro funcional, a seguir.

7.1 Dimensionamento e adequação de pessoal

A Emergência sempre foi um espaço de tensões, sendo frequentes as visitas fiscalizatórias por parte dos conselhos de enfermagem e medicina (COREN e CREMERS). Um aspecto importante no cenário de superlotação era a insuficiência de pessoal médico e de enfermagem na Emergência. A utilização de horas extras era comum, a ponto de estas serem ofertadas, inclusive, para profissionais de outras áreas do hospital, quando a própria Emergência não tinha condições de cobrir suas escalas. Diante dessa realidade, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) autorizou, em 2012, a contratação de mais de 300 novos trabalhadores, principalmente, médicos e de enfermagem, que foram alocados no HNSC e na UPA Moacyr Scliar, visando melhorar a situação.

Em 2017, com diminuição do número de pacientes internados na Emergência, foi possível um redimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem, possibilitando a realocação de profissionais excedentes em setores com deficit de pessoal. Além disso, houve acentuada redução da sobrecarga de trabalho, necessidade de horas-extraordinárias e de acúmulo de banco de horas.

8. ADOÇÃO DE NOVAS ESTRUTURAS E PROCESSOS DE TRABALHO

Ao longo dos anos, o HNSC vem adotando medidas que impactam, diretamente, nos processos de trabalho e, conseqüentemente, refletem nos resultados. A seguir, tais medidas são descritas.

8.1 Definição da tipologia de leitos

Em março de 2012, foi realizado um trabalho de análise e dimensionamento do volume de leitos, por meio de uma parceria da Gerência de Unidades de Internação (GUI) com as equipes de internação do HNSC e a Central de Leitos. O principal objetivo era garantir o acesso mais equânime de pacientes eletivos e agudos ao Hospital, evitando urgencializações de casos e reduzindo o tempo de espera de pacientes na Emergência.

Para tanto, foi preciso analisar os indicadores de tempo médio de permanência e a taxa de ocupação de cada especialidade clínica e cirúrgica, para verificar a necessidade de leitos dessas especialidades, fosse para atendimento eletivo, fosse para atendimento agudo. O dimensionamento especificou, também, a localização de cada leito.

Dessa forma, almejava-se a separação dos fluxos para os leitos e, por consequência, sua ocupação, conforme sua tipologia (agudos ou eletivos). Posteriormente, foi preciso agregar a separação de leitos para isolamento, a serem geridos pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

O processo de dimensionamento de leitos por tipologia não é algo estanque, ao contrário, visto que a demanda muda, pois as necessidades de saúde da população também alteram. Assim, é preciso que o hospital faça sua revisão sistematicamente e sempre com base nos indicadores dos próprios serviços e da necessidade da população, expressa pelas demandas e pelos indicadores das outras áreas, como a Emergência e o Bloco Cirúrgico.

8.2 A adoção da ferramenta *kanban*

Em maio de 2012, foi implantado o método *Kanban*, inicialmente, de forma manual. Com o tempo, a ferramenta foi informatizada e vem passando por adequações, na medida em que seu uso vem sendo disseminado. O terceiro módulo deste livro traz um capítulo específico sobre *Kanban* e sua evolução.

8.3 Ambulatório de egressos da Medicina Interna

Em 2017, foi implantado o ambulatório de pacientes egressos de internação da Emergência e das unidades de internação, que seriam acompanhados pela especialidade de Medicina Interna. A medida visava promover a alta precoce com acompanhamento ambulatorial, garantindo maior segurança aos pacientes e profissionais de saúde. Essa medida está descrita no capítulo referente à regulação ambulatorial, no terceiro módulo deste livro.

8.4 Pacientes oncológicos na Emergência

Visando reduzir a quantidade de pacientes oncológicos internados na Emergência, aguardando por leito em unidade de internação ou, até mesmo, pela realização e pelos resultados de exames para diagnóstico e estadiamento, estabeleceu-se um processo de encaminhamento e regulação de pacientes oncológicos diretamente pelo NIR. Essa medida está melhor descrita em um capítulo específico, no terceiro módulo deste livro.

8.5 Atuação de equipes de especialidades médicas na Emergência

A atuação das equipes de especialidades é possível mediante consultorias, que devem ser solicitadas para esclarecer o caso agudo, visando à definição de conduta de urgência. As especialidades para as quais podem ser solicitadas consultorias, até então, são: Cirurgia Geral, Urologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Cardíaca e Neurologia. As solicitações são feitas via sistema de informações, e as equipes de especialidades possuem o prazo de 4 horas para realização. Diariamente, as solicitações de consultorias são monitoradas pelas gerências do HNSC, pelo NIR e pelo EGA, de forma a agilizar sua realização e, conseqüentemente, a solução necessária para o fluxo do paciente nas unidades.

Além das consultorias, algumas especialidades atuam por meio de visitas diárias aos pacientes internados para elas, como a Cardiologia, o Centro da Dor, a Cirurgia Vascular e a Neurologia. Essas especialidades definem o manejo dos pacientes já a partir da internação na Emergência.

8.5 Auditoria de internações da Emergência

Diariamente, é feito um relatório das internações geradas na Emergência no dia anterior, visando conhecer os motivos pelos quais os pacientes vieram à Emergência (queixa na classificação de risco), como chegaram (demanda espontânea, regulados via SAMU ou encaminhados de outros serviços), os motivos para internação conforme laudo médico e os encaminhamentos feitos. Esse relatório é utilizado para otimizar as saídas dos pacientes da Emergência e identificar internações inadequadas, para que, com isso, identifiquem-se demandas de fluxos ainda não previstos ou solucionados.

8.6 Atuação do SADT na Emergência

A atuação do SADT vem sendo demandada com o objetivo de agilizar a realização e laudagem dos exames, bem como possibilitar a saída de pacientes da Emergência, garantindo-se que possam ter seus exames feitos em nível ambulatorial. Nesse sentido, algumas medidas foram acertadas: priorização no agendamento de exames de pacientes da Emergência; agendamento ambulatorial de colonoscopias e ressonâncias magnéticas para pacientes com alta programada e avaliação pós-alta no Ambulatório; agilidade na regulação (CMCE) e agendamento de Cinecoronariografia; estabelecimento de cota de exames de Ultra-sonografia Abdominal Total;

e abertura de agenda de endoscopia exclusiva. Essas medidas têm impactado no tempo de permanência dos pacientes na Emergência e, por consequência, na continuidade e na segurança do seu cuidado.

8.7 Rounds na Sala Verde

Em maio de 2016, foi iniciado o *round* diário na Sala Verde da Emergência, de característica multidisciplinar, contando com a participação do NIR. No início, os pacientes mais antigos na Sala Verde eram identificados no *Kanban*, por profissionais administrativos, que emitiam uma lista de pacientes a serem analisados e a enviava aos membros do *round*. Eram avaliados entre 10 e 14 pacientes por *round*. Na Emergência, foi destacada uma enfermeira para acompanhar as pendências identificadas no *round* e, na Gerência de Pacientes Externos, era feita a análise da quantidade de altas geradas. O *round* da Sala Verde foi extinto em função de mudanças de processo instituídas.

8.8 Comissão de Resposta Rápida

Em 2017, foi instituída uma Comissão de Resposta Rápida (CRR), composta por uma equipe de quatro médicos clínicos horizontalistas da Emergência. O objetivo da CRR era promover soluções rápidas para acelerar o desfecho clínico e o destino do paciente. Suas atribuições eram revisar os casos internados na Emergência nas últimas 24 horas, reavaliar os pacientes em observação, otimizar processos de trabalho, agilizar a solução de pendências que impediam o desfecho clínico e entregar relatório semanal à Diretoria. Seu trabalho foi um precursor para o Escritório de Gestão de Altas.

8.9 Educação continuada

A educação em serviço faz parte da cultura do GHC. Ao longo dos anos, algumas parcerias vêm sendo feitas, de forma a qualificar a formação dos trabalhadores. Nesse sentido, as parcerias com os hospitais de excelência do SUS foram e vêm sendo muito importantes.

A formação dos trabalhadores vem sendo efetivada por meio de visitas técnicas a emergências de outros hospitais e UPAs e pela realização de seminários internos e cursos diversos, como os cursos do Sistema Manchester (classificador, auditor e multiplicador), cursos

de suporte de vida (BLS, ACLS, ALSO, ATLS e PALS), cursos relativos ao controle de infecções e à segurança do paciente e, também, especializações pós-graduação, como em Gestão de Emergências do SUS, Gestão de Emergências em Saúde Pública e Gestão da Clínica.

8.10 Implantação de protocolos

O uso de protocolos baseados em evidências vem ocupando espaço na Emergência e vem dando suporte às equipes para um melhor cuidado. Novos protocolos são elaborados e implantados, além de passarem por revisões e atualizações. Para a efetivação de seu uso, várias áreas são mobilizadas, e conta-se com o apoio da Gerência de Ensino e Pesquisa. Até outubro de 2018, estavam implantados os protocolos de AVC, IAM, trombose venosa profunda (TVP) e neutropenia febril. Ainda, estavam em desenvolvimento os protocolos de broncopneumonia e abdômen agudo.

9. IMPLANTAÇÃO DA UNIDADE DE DECISÃO CLÍNICA - UDC

A partir da mudança do perfil de atendimento, cada vez mais voltado à assistência de pacientes com maior complexidade, evidenciou-se a necessidade de qualificar os processos de trabalho, priorizando-se, justamente, o paciente crítico. Diagnosticou-se que o primeiro atendimento destinado aos pacientes que ingressavam em estado de urgência, com classificação de risco laranja, não oferecia a acomodação compatível com a gravidade apresentada. Essa problemática ocorria em função desses pacientes serem atendidos no mesmo espaço físico destinado a outros já internados, também em estado crítico, na Sala Laranja. Essa sala, não raro, estava superlotada. Ambos os tipos de pacientes, internados e não internados, eram atendidos pela mesma equipe assistencial, prejudicando a qualidade do atendimento prestado, em virtude da grande entrada e saída de pacientes.

Assim, criou-se a Unidade de Decisão Clínica (UDC), como um espaço diferenciado, com atendimento qualificado e prioritário. Essa unidade passou a receber os pacientes recém chegados na Emergência, de forma prioritária aos já internados e estabilizados. A UDC é composta por cinco poltronas reclináveis, nove macas e um box de estabilização. As poltronas são destinadas, preferencialmente, aos usuários que ingressam à UDC para o alívio da dor forte, com pouca possibilidade de internação ou instabilidade. As macas, que contam com monitores multiparamétricos em suas cabeceiras, passaram a oferecer a acomodação merecida aos

pacientes dependentes ou com instabilidade respiratória/hemodinâmica, como, por exemplo, nos casos de hipotensão, infarto agudo do miocárdio, hipoglicemia e neutropenia febril, dentre diversas outras enfermidades que geram risco iminente de vida. O box de estabilização, que possui monitor multiparamétrico, desfibrilador/cardioversor, materiais e medicações para atendimento de parada cardiorrespiratória (PCR), passou a possibilitar um espaço equipado e reservado para atendimento de situações com potencial risco de complicações, como exemplo, a reversão química da taquicardia ventricular. Optou-se por estabelecer que os pacientes que ingressam ao serviço já em PCR não são atendidos nesse espaço, visto que já é consolidado, na Emergência, o uso do box de parada da Sala Vermelha para esse fim.

Além das melhorias físicas de atendimento, a UDC tem, por objetivo, definir, em até **doze horas**, diagnósticos ou hipóteses diagnósticas que justifiquem internação de urgência, liberando os pacientes com indicação de internação eletiva para acompanhamento ambulatorial. Nesse contexto, veio a contribuir com a diminuição da superlotação do serviço.

No que se refere a melhorias assistenciais, os profissionais da UDC atuam de forma centrada no paciente, ou seja, todos os membros da equipe atuante deslocam-se até o local, evitando, dessa forma, os riscos de seu deslocamento dentro do serviço, bem como a existência de etapas no processo que não agregam valor ao paciente, como o tempo de espera para avaliação entre um profissional e outro.

A UDC atende pacientes clínicos, cirúrgicos e ginecológicos. Os pacientes para atendimento nessa unidade são, geralmente, identificados no acolhimento, com a classificação de gravidade por meio do Protocolo de Manchester. Pacientes com classificação de risco laranja são encaminhados, imediatamente, à UDC, onde recebem atendimento médico imediato, são estabilizados e têm os exames necessários priorizados para a tomada de decisão do quadro. Ainda, a unidade visa instrumentalizar a equipe médica com a agilidade dos exames de urgência, como laboratoriais de imagem, nas avaliações das especialidades agudas, por meio de consultorias da neurologia, da cirurgia vascular, da cirurgia torácica, da urologia e da cirurgia geral.

Inicialmente, estabeleceu-se que todos os pacientes permaneceriam na UDC, desde a chegada até a definição do caso. Com o andar dos meses, observou-se que a UDC poderia ser utilizada, também, para situações como alívio da dor severa e da hipertermia em pacientes que aguardam avaliação nos consultórios (classificação de risco amarela, verde e azul).

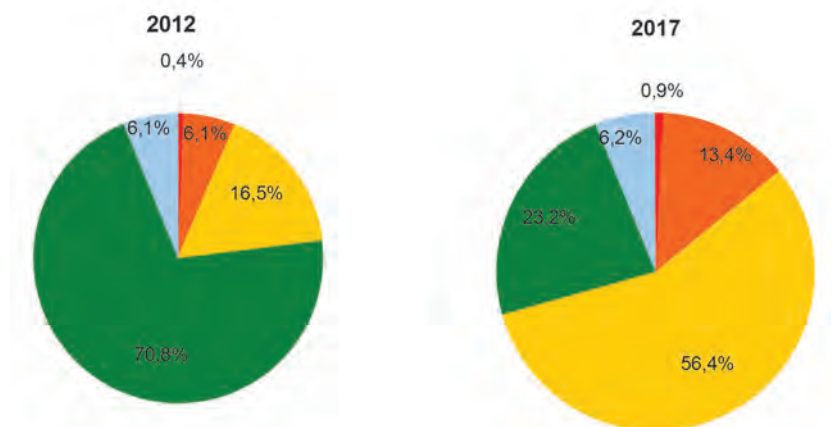
Quando o diagnóstico ou a hipótese diagnóstica indicam internação

de urgência, o médico da UDC realiza a internação do paciente e define a sala em que o paciente ficará internado. Deve-se agilizar a transferência para a sala determinada tão logo seja realizada a internação, visto que a UDC não deve ser considerada como uma ala de pacientes internados. Os pacientes estáveis, com condições de transferência imediata ao andar, são transferidos para a Sala Verde; pacientes semi-críticos são encaminhados para a Sala Laranja e os críticos são encaminhados à Sala Vermelha. Não raros são os casos de pacientes que chegam em quadro agudo, como dor severa ou hipoglicemia, e que melhoram em questão de horas, com desfecho, inclusive, em liberação para acompanhamento na rede básica de saúde.

RESULTADOS

Com as ações desenvolvidas, foram obtidas algumas conquistas. A abertura da UPA propiciou uma mudança de cultura na própria população, que passou a compreender que a emergência hospitalar é destinada para casos mais graves. Assim, além de reduzir a demanda da Emergência, também alterou bastante o perfil de gravidade dessa demanda. Os Gráficos 2 e 3, a seguir, demonstram a mudança desse perfil, conforme as cores do protocolo Manchester de Classificação de Risco.

Gráficos 2 e 3: perfil de demanda da classificação de risco, comparativamente 2012 e 2017
Fonte: relatórios internos



As Tabelas 2 e 3 mostram a mudança ocorrida nos principais indicadores.

Tabela 2: Comparação de indicadores de demanda – 2011 e 2018**Fonte:** elaborada pelos autores

Indicadores	Início da intervenção	Dado atual
Média diária de classificações de risco (demanda)	506,3	173,3
Média diária de pacientes encaminhados para atendimento médico após classificação de risco	466,4	134,8
Média diária de novas internações geradas após atendimento médico	43,0	40,3
% de internações geradas após atendimento médico	9,2	29,9

Tabela 3: Comparação de indicadores de demanda – 2011 e 2018**Fonte:** elaborada pelos autores

TMP (em dias)	Início da intervenção	Dado atual
Geral	3,2	2,4
Sala Vermelha	2,0	1,9
Sala Laranja	2,8	2,4
Sala Verde	3,4	1,8

Taxa de ocupação (em %)	Início da intervenção	Dado atual
Geral	270,4	140,3
Sala Vermelha	95,1	73,3
Sala Laranja	190,9	128,3
Sala Verde	342,5	207,7

Média de pacientes internados	Início da intervenção	Dado atual
Geral	146,9	72,2
Sala Vermelha	5,7	4,4
Sala Laranja	26,7	18,0
Sala Verde	102,8	49,9

Taxa de mortalidade (em %)	Início da intervenção	Dado atual
Geral	3,6	2,8
Sala Vermelha	26,3	17,3
Sala Laranja	5,9	4,0
Sala Verde	0,8	1,5

Número de óbitos (dados anuais)	Início da intervenção	Dado atual
Geral	557	356
Sala Vermelha	262	157
Sala Laranja	201	108
Sala Verde	94	91

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que se possa resolver a superlotação, é preciso reconhecê-la como um problema, buscar entender suas causas e suas possibilidades de solução. Enfrentar esse problema é uma ação fundamental para ter sucesso na sua trajetória de solução.

Apesar das dificuldades enfrentadas no início do processo, muito se avançou nos últimos anos. Todas as estratégias e ações descritas neste capítulo contribuíram para os resultados alcançados. Destaca-se, nos últimos dois anos, a postura do nível estratégico, que compreendeu a superlotação da Emergência como um problema sistêmico e do Hospital como um todo. Ainda, destaca-se a adoção da metodologia *Lean Helthcare*, com a qual, o Hospital passou a gerenciar seus fluxos internos, a reduzir suas variações com o envolvimento de todas as atividades do hospital e a atuar nos problemas relacionados à variabilidade artificial, com a qual se depara constantemente.

Para não retroceder, é fundamental o gerenciamento e monitoramento contínuos, o que demanda estruturas semelhantes a salas de comando dentro dos hospitais para acompanhamento dos processos em tempo real, oferecendo, aos envolvidos na tomada de decisão, as melhores evidências para resolver a superlotação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **QualiSUS-Rede**: manual operacional, documento-base. v.1. Brasília: Editora do Ministério, 2014. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/08/Vol1DocBaseQualiSUS-RedeWeb.pdf> Acesso em: 25set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.663, de 06 de agosto de 2012. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Editora do Ministério, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf Acesso em: 26set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Editora do Ministério, 2004. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf Acesso em: 26set. 2018.

COUTINHO, Ana A. P. Programa SOS Emergências: cenário, resultados e perspectivas. XXIX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. 18 de março de 2015. Apresentação em MS Power Point.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Projeto QualiSUS-Rede** – 1ª Coordenadoria Regional de Saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre. Março/2012. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/08/Subprojeto-QualiSUS-RS-web.pdf>

MÓDULO II:
SERVIÇOS DE ATUAÇÃO TRANSVERSAL

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

Gleide Simas Custódio Khan
Alexandra Jochims Krueel
Aline de Deus Martinez
Ana Maria Machado
Josiane Schneiders
Juliana Weidlich Sommer
Lucas Bandeira Marchesan
Nicole de Paula Mascolo

A GESTÃO DE LEITOS HOSPITALARES

Um dos maiores desafios dos hospitais, em todo o mundo, é a gestão de seus leitos, pois a demanda por sua utilização é superior à capacidade de oferta. Somado a isso, está o fato de que a demanda é crescente (as taxas de internação vêm aumentando) e oferta de leitos vem sendo reduzida, também, em nível mundial. Tal tendência vem sendo apontada há décadas, conforme demonstra o trabalho de Hensher, Edwards e Stokes (1999). Diante dessa realidade, evidentemente contraditória, evidencia-se a necessidade de otimizar o uso dos leitos, de forma a buscar garantir o acesso dos pacientes ao seu cuidado em saúde.

Os leitos em áreas de internação são disputados por pacientes de diferentes origens, internas ou externas ao hospital. Há pacientes de caráter eletivo, que chegam por agendamento prévio; há pacientes de caráter de urgência, que chegam pelos serviços de urgência/emergência; há pacientes transferidos de outros serviços da rede de saúde; e há pacientes que estão em outras áreas do hospital (UTI e Sala de Recuperação principalmente) e precisam de leitos de internação para continuidade do cuidado em local adequado.

Uma estratégia que vem sendo recomendada para a melhoria do fluxo dos pacientes é a implantação do chamado de *bed czar* ou *bed team*, um profissional (ou equipe) cuja atribuição é o gerenciamento de leitos. Para tanto, esse profissional (ou equipe) possui autonomia para notificar equipes sobre falta de leitos, decidir transferências, cancelar procedimentos eletivos, utilizar leitos fora de área, dentre outras ações que possam incidir, positivamente, sobre a eficiência do uso de leitos. Como resultados, pode-se fazer previsões de necessidades de leitos e obter reduções significativas nos seus tempos de reocupação (NATIONAL Academy of Sciences, 2007).

À luz dessa proposta, os elaboradores de políticas públicas no Brasil apresentaram dois formatos a serem implantados nos hospitais do SUS:

o Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) e o Núcleo Interno de Regulação (NIR), ambos com suporte na legislação brasileira.

Em 2005, a diretoria dos hospitais propôs a constituição do chamado de NIR, cujos objetivos seriam, a partir de critérios clínicos, definir as prioridades de internação nos leitos dos hospitais e melhorar o fluxo de saída dos pacientes do serviço de urgência. O NIR deveria ser formado por uma equipe multidisciplinar e teria como atribuições: constituir um espaço de regulação de vagas e leitos, implantar o Projeto Terapêutico Singular, principalmente, para casos de longa permanência, garantir a continuidade do cuidado pós-hospitalar, monitorar indicadores de permanência e ocupação, promover a interface entre pontos da rede e traduzir protocolos clínicos baseados em evidências para a realidade local. No Brasil, a partir de 2007, alguns hospitais começaram a adotar essa proposta (Hospital de Urgências de Sergipe/HUSE e Hospital Regional do Mato Grosso do Sul/HRMS, por exemplo) e obtiveram resultados animadores (BITTENCOURT, 2010).

Legalmente, em 2011, a Política Nacional de Atenção às Urgências no SUS foi reformulada e, em sua Portaria nº 1.600/2011 (BRASIL, 2011a), definiu que uma das diretrizes da Rede de Atenção às Urgências é a “regulação articulada entre todos os componentes”. Em seguida, a Portaria nº 2.395/2011 (BRASIL, 2011b), que tratou da organização do componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no SUS, estabeleceu que os hospitais deveriam criar os NAQHS, compostos pelos coordenadores de seus serviços de Urgência/Emergência, UTI, Unidades de Internação e central de internação e pelo gestor local.

Aos NAQHS, caberia uma série de responsabilidades, dentre as quais (artigo 28):

- Garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares;
- Promover articulações com as Centrais de Regulação de urgência e internação e entre a unidade de urgência e as unidades de internação;
- Monitorar tempo de espera para atendimento na emergência e para internação;
- Propor mecanismos de avaliação por meio de indicadores clínicos e administrativos;
- Propor e acompanhar a adoção de protocolos clínicos;
- Acompanhar o processo de cuidado do paciente, visando ao atendimento no local mais adequado às suas necessidades;
- Articular as especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais;

- Garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho;
- Atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio de articulação e encaminhamento aos demais serviços da rede;
- Monitorar o agendamento cirúrgico, com vistas à otimização da utilização das salas;
- Agilizar a realização de exames necessários;
- Definir critérios de internação e alta.

A Portaria nº 3.390/2013 (BRASIL, 2013), que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar no SUS, definiu que a assistência hospitalar deveria ser organizada com base em equipes multiprofissionais, horizontalização do cuidado, organização de linhas de cuidado e regulação do acesso. O gerenciamento dos leitos deveria ser feito, preferencialmente, por um NIR ou pelo NAQH, para aumentar a ocupação de leitos e otimizar o uso da capacidade instalada do hospital. Em seu art. 5º, XIV, a Portaria descreve o NIR da seguinte forma: “a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário”.

Assim, foram criados dois mecanismos que, por vezes, sobrepõem-se em atribuições, o que fez com que cada hospital assumisse um ou outro, ou, até mesmo, ambos, que é o que ocorreu com o HNSC, a partir de sua inclusão no Programa SOS Emergências. Este capítulo foca, essencialmente, o NIR, seu histórico desde a implantação, suas atribuições, as ações desenvolvidas, os resultados alcançados e as perspectivas.

A IMPLANTAÇÃO DO NIR E OS LEITOS DE RETAGUARDA

Em junho de 2012, uma das estratégias para reduzir a superlotação da Emergência foi a abertura de leitos de retaguarda no Hospital Universitário de Canoas (HU), na Região Metropolitana de Porto Alegre. Um mês depois, foi instituído o Núcleo Interno de Regulação (NIR), inicialmente criado para gerir e operacionalizar as transferências dos pacientes da Emergência para aqueles leitos.

Havia uma forte resistência dos pacientes e familiares em aceitarem a transferência para um hospital que ficava fora de Porto Alegre, além da preferência em permanecer no HNSC por já conhecerem a instituição ou por serem acompanhados no Ambulatório. Nesse sentido, foi primordial a atuação do assistente social na orientação a esses pacientes e familiares.

Somado a isso, havia resistência da equipe médica da Emergência em indicar a transferência dos pacientes e, portanto, dar a alta hospitalar, ainda que por transferência para outra instituição de saúde. Coube, então, ao médico do NIR identificar os pacientes elegíveis e registrar as altas por transferência nos prontuários.

Periodicamente, os profissionais do NIR e coordenação do HU reuniam-se para melhorarem os fluxos de transferência, os processos de trabalho e o monitoramento dos indicadores.

Em outubro de 2012, foram abertos 56 leitos internos de retaguarda, sendo 22 cirúrgicos e 34 clínicos. Para esses leitos, foram também estabelecidos critérios de transferência, pactuados com a equipe de Medicina Interna, que ficou responsável pelos leitos clínicos. Criou-se o Formulário de Avaliação de Risco do Paciente – Projeto Retaguarda – Medicina Interna (Anexo 1), cuja proposta era guiar os rounds multidisciplinares. O médico do NIR identificava o paciente com perfil para internação naqueles leitos, a partir dos critérios estabelecidos, e o assistente social (ou enfermeiro) aplicava o formulário.

Em setembro de 2013, houve uma redução de 27 leitos de retaguarda internos, permanecendo somente 29 leitos clínicos. A partir de então, o NIR ficou responsável também por avaliar os pacientes internados na Emergência por meio da análise do prontuário e definir o local de internação nas especialidades, de acordo com a oferta de leito, levando em consideração a premissa do “paciente certo no local certo”, conforme fluxo disponível no Anexo 1.

Cabe salientar que toda a gestão dos demais leitos do Hospital ficava a cargo da Central de Leitos, um setor administrativo.

A EVOLUÇÃO DO NIR

Em seu início, o NIR foi vinculado à Coordenação da Emergência do HNSC e era composto por dois médicos, duas enfermeiras e uma assistente social, funcionando em horário administrativo. Alguns profissionais tinham sua carga horária compartilhada com a

Emergência. Com o tempo, foram sendo agregados novos profissionais e novas funções, e o tempo de atendimento foi ampliado.

Em setembro de 2014, a Diretoria do GHC decidiu unificar o NIR com a Central de Leitos do Hospital.

A Central de Leitos possuía um quadro funcional de auxiliares administrativos e estava vinculada à Gerência de Unidades de Internação. Era responsável por suprir a demanda da UTI, da Sala de Recuperação, da Emergência e das unidades de internação, assim como das internações eletivas. Possuía fluxos bem estabelecidos para a destinação de leitos, com critérios bastante rígidos, sendo modificados, geralmente, por interferência da Coordenação ou Gerência. Havia uma definição clara que o NIR atuava na gestão dos leitos de retaguarda, e a Central de Leitos, nos demais leitos do Hospital.

A fusão foi um marco na regulação de leitos do Hospital. Com ela, a gestão de leitos externos e internos passou a ser realizada em um mesmo local, sob a responsabilidade do NIR e com a atuação ininterrupta (sete dias por semana, 24 horas por dia).

Atualmente, seu quadro funcional é composto por 19 auxiliares administrativos, 8 enfermeiros, 6 médicos e 2 estagiários de nível médio.

A atuação dos profissionais também foi sendo modificada e tornando-se mais complexa. Inicialmente, os profissionais foram contratados com a atribuição de elencar, dentre os pacientes que aguardavam leito na Emergência, aqueles com perfil de transferência para leitos externos de retaguarda. Cabia, ao enfermeiro e médico regulador, identificar os pacientes com perfil de transferência, de acordo com critérios pré-estabelecidos e, ao assistente social, abordar o paciente e os familiares para transferência.

No que se refere aos enfermeiros, sua atuação começou a ser ampliada com a abertura dos leitos internos de retaguarda, em outubro de 2012. O enfermeiro regulador passou a providenciar o fluxo interno de transferência junto à Central de Leitos. Com a fusão entre NIR e Central de Leitos, o enfermeiro passou a atuar, diretamente, com os auxiliares administrativos, como gestor dos processos de gestão e destinação dos leitos, conforme as características desses leitos. Pode-se afirmar que a atuação do enfermeiro no NIR tem se mostrado fundamental. Ele é um elo essencial na equipe, coordenando e interagindo com a equipe administrativa do NIR em parceria com equipe médica e fazendo a interface com os profissionais das várias especialidades e da Emergência.

No que se refere aos médicos, inicialmente, o NIR contava com dois médicos rotineiros, divididos nos turnos diurnos. A atribuição

inicial do médico do NIR era identificar aqueles pacientes com critério para transferência para leitos externos de retaguarda. No entanto, em função da resistência da equipe médica da Emergência em indicar a transferência dos pacientes e dar a alta hospitalar, coube, aos médicos do NIR, assumir essas atribuições. Com a abertura dos leitos internos de retaguarda, eles também passaram a identificar os pacientes com perfil para as transferências. Com o tempo, os médicos passaram a desempenhar papel fundamental nas decisões administrativas que dependem de informações clínicas e avaliação técnica e na mediação entre médicos.

Os auxiliares administrativos são essenciais para o suporte aos demais profissionais. Eles são divididos em quatro funções: atendimento ao público, conferência de documentações, mesários e secretaria do NIR. Para estes, cabe receber todas as solicitações internas de leitos por parte da UTI, da Sala de Recuperação e do Controle de infecção, fazer todas as reserva de leitos no Sistema de informações resultantes dessas demandas, bem como providenciar toda a movimentação de pacientes no Sistema de Informações. Além desses processos, registram ocorrências, encaminham documentos para as diferentes áreas, como o faturamento, atendem o público (pacientes e familiares) para operacionalizar as internações, fazem contato telefônico com os pacientes e informam as datas de internação eletivas.

Os estagiários fazem atendimento ao público nos guichês de atendimento e podem levar os pacientes com internação eletiva aos andares (às unidades de internação) ou ao Bloco Cirúrgico.

Atualmente, os assistentes sociais não fazem mais parte do quadro do NIR e foram deslocados para o Escritório de Gestão de Altas, criado em 2017, que será descrito no próximo capítulo.

A ROTINA DE TRABALHO DO NIR

Para otimização do serviço, realiza-se passagem de plantão, com a participação dos enfermeiros e auxiliares administrativos, em que são repassadas as informações importantes de transferências entre unidades do GHC, transferências de outras unidades hospitalares ou pronto atendimentos, entre unidades de internação, interdições por obras, isolamentos, dentre outras.

Após a passagem do plantão, o enfermeiro verifica o cenário atual e identifica a lotação da Emergência e a situação dos leitos do hospital. A situação dos leitos é visualizada no sistema de informações do GHC, onde o profissional dispõe de todas as informações necessárias para

a gestão dos leitos, em tempo real. A Figura 1, a seguir, demonstra a tela do que é possível identificar por meio do sistema.

Figura 1: Visualização dos leitos do hospital

Fonte: GHC Sistemas



Pelo sistema, pode-se visualizar os leitos disponíveis (vagos), os ocupados, as altas prescritas (pacientes que estão de alta hospitalar, porém ainda permanecem no leito), os pacientes com previsão de alta, os que estão internados fora de área (leitos ocupados por pacientes de outras especialidades) e todos os pacientes internados no momento. Observa-se, também, a presença de leitos interditados por isolamento ou por manutenção/reformas e os reservados (que podem ser para Bloco Cirúrgico, Sala de Recuperação, UTI, Emergência e Central de Leitos – pacientes que vêm de casa por aguardarem em lista de espera, pacientes provenientes do ambulatório ou aqueles transferidos de outras unidades hospitalares). Munida dessas informações, a equipe trabalha para, diariamente, dar conta da demanda por leitos.

A rotina do enfermeiro regulador é: 1) verificar a necessidade de leitos da UTI: participar do round da UTI cirúrgica; 2) verificar a demanda de leitos para a Emergência: fazer as reservas conforme disponibilidade, definir quais pacientes serão transferidos, interagir com médicos e enfermeiros dos sítios e manter interface com

as equipes que possuem atuação diferenciada na Emergência (Neurologia e Cardiologia, principalmente); 3) verificar e gerir a demanda por leitos para internações eletivas: receber e responder a consultorias, chamar os pacientes, monitorar altas; 4) avaliar internações fora de área para alocar os pacientes nas unidades corretas com a maior brevidade; 5) responder a consultorias médicas relativas à regulação e às reservas de leitos.

A rotina médica funciona da seguinte maneira: diariamente, os médicos revisam os casos que aguardam leito na Emergência e tentam agilizar para que os pacientes sejam vistos antes de estarem sob os cuidados das equipes. A revisão da lista de pacientes que aguardam leito na Emergência permite, ao médico, antecipar necessidades futuras e classificar os casos nas diferentes complexidades da assistência. Os médicos do NIR mantêm-se em contato permanente com os médicos assistenciais da Emergência, com vistas ao compartilhamento de informações e participação em decisões de troca de especialidade ou priorização de leito em enfermaria. Também, fazem interlocução com as demandas externas, oriundas do SAMU municipal e estadual, de outros serviços de urgência e dos outros hospitais do GHC. Isso ocorre por meio de discussão de casos, geração de listas de casos prioritários para transferências e uso de um sistema de informações para gerenciamento de informações (GERINT), criado pela Companhia de Processamento de Dados de Porto Alegre (PROCEMPA), em parceria com o NIR. Atualmente, os médicos do NIR analisam e respondem a, aproximadamente, 30 casos ao dia por meio do GERINT.

OS OBJETIVOS DO NIR

Como mencionado anteriormente, no início, o NIR era responsável pelas transferências dos pacientes para os leitos externos de retaguarda. Com sua ampliação e com a fusão com a Central de Leitos, seu objetivo tornou-se mais complexo. Atualmente, os principais objetivos do NIR são: apoiar o fluxo de saída da Emergência; garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, levando em consideração a tipologia de leitos (eletivos x agudos x especialidades); ser a interface com as Centrais de Regulação de Urgência, Internação e Ambulatório; estabelecer mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação da terapia cirúrgica e a realização do procedimento; qualificar os fluxos de acesso aos serviços hospitalares; e monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar.

Esses objetivos serão detalhados a seguir.

Objetivo 1: apoiar o fluxo de saídas das salas da Emergência

Este objetivo tem como essência internar o paciente certo no leito certo.

A atuação do NIR na Emergência dá-se por meio da revisão da lista de pacientes internados na Emergência do HNSC, pelo médico regulador, e da avaliação dos prontuários dos pacientes que estão alocados nas Salas Laranja¹ e Verde², por parte do enfermeiro responsável pela gestão de leitos.

Com a revisão da lista dos pacientes internados e de prontuário, é possível identificar o perfil destes, de forma a encaminhá-los para as diversas áreas de internação do Hospital (unidades de internação em especialidades clínicas ou cirúrgicas, de Cuidados Especiais da Cardiologia, leitos de retaguarda e Bloco Cirúrgico).

Cada especialidade tem sua grade de internação por profissional, ou seja, um controle da quantidade de pacientes que estão internados, por médico. Essas grades são utilizadas pela equipe do NIR, que monitora o número de pacientes que internam por médico, conforme critérios pré-estabelecidos. Cada equipe de especialidade define seus critérios.

O enfermeiro do NIR mantém contato com a equipe da Emergência, identificando os pacientes em condições de transferência entre as salas da própria Emergência (conforme a gravidade dos casos) ou para leitos das unidades de internação. Após, os profissionais discutem os casos, classificam as prioridades e desencadeiam o fluxo de transferência, considerando a especialidade do leito e o perfil do paciente.

Visando à segurança do paciente e do processo de transferência entre a Emergência e Unidade de Internação, utiliza-se um *check list* (Anexo 2), que é preenchido, manualmente, pelos profissionais dos dois serviços.

¹ As salas da Emergência possuem nomes de cores, que indicam a gravidade dos quadros clínicos dos pacientes: Vermelha, Laranja e Verde. A Sala Vermelha acomoda pacientes graves e em quadro instável, que demandam monitorização contínua e ventilação mecânica. É uma sala que possui característica semelhante à UTI e é onde são atendidos os casos de risco de morte imediata. Por sua vez, a Sala Laranja acomoda pacientes de gravidade média, que precisam de monitorização, mas não precisam de ventilação mecânica.

² Esta sala acomoda pacientes estáveis e que não precisam de monitorização contínua. Tais pacientes estão aptos para serem encaminhados para leitos em unidades de internação. É, portanto, a sala de menor gravidade.

Para os pacientes em isolamento de contato na Emergência, o processo regulatório envolve a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HNHC, que disponibiliza leitos específicos. A enfermeira do NIR é responsável por realizar a avaliação da condição clínica dos pacientes para transferência.

Em outubro de 2014, foi iniciado um *round* diário na Sala Laranja, com objetivo de agilizar o fluxo de saída dos pacientes de menor complexidade desse sítio assistencial. Via de regra, a sala estava lotada e boa parte dos pacientes já se encontrava em condições clínicas de serem transferidos para a Sala Verde, não justificando sua permanência em um sítio assistencial de maior complexidade. O cenário de lotação nessa sala repercutia, também, na necessidade de maior número de profissionais (4 pacientes por técnico de enfermagem) e de maior número de médicos, além de oferecer um ambiente difícil de trabalhar, considerando o ingresso de vários pacientes ao longo do dia, em um ambiente, normalmente, com capacidade excedida.

Assim, o NIR implantou o *round* como uma estratégia para manter a sala em patamares de lotação adequada, que permitisse o fluxo de pacientes agudos necessitando de estabilização clínica de forma mais ágil e segura. O médico e o enfermeiro do NIR participavam dos *rounds*, junto ao médico plantonista e ao enfermeiro da Sala.

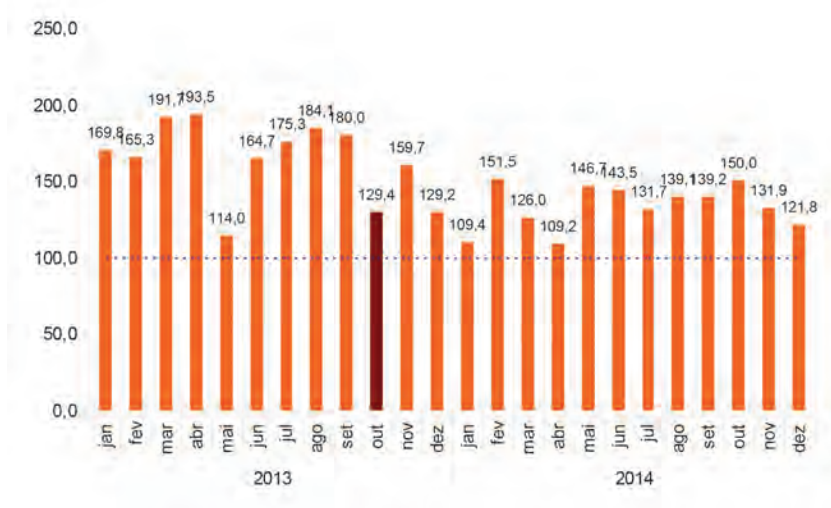
Inicialmente, tal movimento não foi bem recebido pela equipe assistencial local. A persistência da equipe do NIR responsável por essa ação resultou em um processo diário, que culminou na adesão da equipe assistencial aos *rounds* e na identificação dos pacientes que deveriam ser transferidos de sítio assistencial por não apresentarem mais a necessidade de cuidados intensivos.

Os *rounds* utilizavam a ferramenta Kanban, já informatizada, para a identificação dos pacientes com maior tempo de permanência, para priorização de internação. Com a implantação do Kanban, foi possível identificar os “nós críticos” dos fluxos, melhorando o processo terapêutico dos pacientes e seus desfechos (internação, alta ou permanência na Emergência).

Essa medida levou a uma redução na taxa de ocupação da Sala Laranja, conforme se pode observar no Gráfico 1.

Gráfico 1: Evolução da taxa de ocupação antes e após a implantação do round na Sala Laranja

Fonte: elaborado pelos autores



Em 2016, foi iniciado o *round* multidisciplinar na Sala Verde. Devido à falta de leitos nas unidades de internação para transferência imediata de todos esses pacientes, muitos permaneciam por vários dias na Emergência. Dessa forma, foram selecionados os 10 pacientes clínicos com maior tempo de permanência para abordagem do *round*, com vistas a identificar o motivo de ainda permanecerem internados e identificar e priorizar exames ou procedimentos que poderiam definir a alta do paciente. Nesse *round*, participavam o médico e o enfermeiro do NIR, além da equipe médica, do enfermeiro, do assistente social e do nutricionista da Sala Verde. Tal *round* não teve continuidade e não foi possível mensurar seus resultados.

Objetivo 2: garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares

Por meio do Sistema Informatizado do GHC, é possível acompanhar, em tempo real, todas as movimentações dos leitos do Hospital: leitos disponíveis, com altas prescritas, reservados (para UTI, Sala de Recuperação, Bloco Cirúrgico, Emergência e para as internações eletivas) e leitos bloqueados por manutenção ou isolamentos. O enfermeiro regulador e o auxiliar administrativo baseiam-se nessas informações, por meio de constante monitoramento, para suprir as

diferentes demandas pelos leitos hospitalares. Todas as solicitações de leitos são centralizadas no profissional chamado de “mesário”, que é um auxiliar administrativo. Com ele, é que o enfermeiro regulador define para quem serão reservados e destinados os leitos.

A internação em leito eletivo ocorre para os pacientes em atendimento ambulatorial no HNSC que necessitem de internação. Atualmente, para ingressar em leito eletivo, o paciente deve encontrar-se em lista de espera, e sua inclusão na lista ocorre mediante a emissão da AIH eletrônica. Antes, o processo iniciava com a inclusão dos pacientes em lista de espera pelos auxiliares administrativos dos guichês de atendimento do NIR, após emissão da AIH pelo médico do Ambulatório. Hoje, a inclusão é automática. Quando identificada a disponibilidade de leito, o enfermeiro regulador dispara o processo de internação eletiva (ou não, conforme lotação da Emergência): é realizada a consulta à lista de espera da especialidade e define-se a internação do paciente conforme a ordem na fila ou por prioridade de saúde.

Algumas estratégias foram implementadas, com o objetivo de utilizar os leitos hospitalares de forma dinâmica, buscando a redução dos tempos médios de permanência (TMP):

- A realização de *rounds* multidisciplinares nos Leitos de Retaguarda Internos, ampliados para todas as Unidades de Internação da especialidade de Medicina Interna a partir de 2016. Inicialmente, os *rounds* contavam com a participação do médico do NIR, enfermeiro e equipe assistencial, além do farmacêutico, fisioterapeuta e enfermeiro responsável pela unidade.
- A realização de *round* na UTI Cirúrgica do HNSC, em caráter piloto. Essa equipe foi escolhida por ser um grande foco de tensão. A demanda por leitos para cirurgias de grande porte era inferior à oferta, o que resultava em conflito diário entre a equipe da UTI, anestesistas e cirurgiões devido ao cancelamento de cirurgias por falta de leito. A alternativa encontrada foi trabalhar com a “pré-alta”. A partir da participação do enfermeiro do NIR no *round* da equipe da UTI Cirúrgica, eram identificadas as possíveis altas para o dia seguinte. O NIR passou, então, a reservar o leito para a UTI no dia anterior à alta, garantindo que, no dia seguinte, logo após o *round*, já se definisse o número de leitos a serem disponibilizados ao Bloco Cirúrgico, liberando o início das cirurgias. Esse processo será descrito mais detalhadamente.

Objetivo 3: ser a interface com as centrais de regulação de Urgência, Internação e Ambulatório

Vários processos regulatórios passam pelo NIR, como SAMU e transferências inter-hospitalares, hoje, por meio do Sistema GERINT e a regulação das Linhas de Cuidado.

No início de suas atividades, as solicitações de transferências dos mais diversos pontos da Rede de Saúde eram feitas ao NIR por meio de contato telefônico. Com discussão dos casos, geralmente, por parte dos próprios médicos assistentes dessas unidades de saúde ou da Central de Leitos de Porto Alegre, com o médico regulador do NIR, era gerada uma lista de casos prioritários para transferência, seguindo critérios de complexidade e gravidade do paciente. Conforme a disponibilidade de leitos na Emergência ou nas enfermarias, fazia-se a regulação para o HNSC. Antes, ainda existia uma cultura de esses contatos serem feitos, diretamente, com médico plantonista da Emergência. Após a implantação do NIR, o contato passou a ser feito, de forma exclusiva, via NIR, estando os médicos da Emergência, por meio de normativa interna, impedidos de receberem transferências que não fossem reguladas pelo NIR. Essa decisão contribuiu para reforçar o papel do NIR dentro da Instituição.

Em maio de 2015, iniciou-se a interface entre o NIR e a Central de Regulação do Município, com vistas à regulação dos pacientes oncológicos. Essa ação visava reduzir o tempo de permanência dos pacientes oncológicos em internação no HNSC. Grande parte dos diagnósticos de câncer feitos no hospital é de pacientes que ingressam pela Emergência. Via de regra, os pacientes permaneciam internados até que todo o processo de estadiamento e tratamento fosse finalizado, pois, com a alta, não estando os pacientes regulados conforme regramento definido pelo Gestor Municipal e Estadual, os pacientes não poderiam reinternar ou fazer o tratamento ambulatorial. As equipes não davam alta nem encaminhavam os pacientes para a Rede de Saúde, com o receio de que estes se “perdessem” no sistema e tivessem seu tratamento comprometido. Reuniões foram feitas pelo NIR com as várias equipes que atendiam os pacientes com câncer (Cirurgia Geral, Urologia, Cirurgia Torácica, Cirurgia Oncológica e Medicina Interna) para orientar sobre a necessidade de, em se firmando o diagnóstico ou havendo forte suspeita de câncer, solicitar consultoria ao NIR para regulação do paciente. Dessa forma, a alta poderia ser antecipada, considerando que haveria a garantia de atendimento na Rede de Saúde, onde houvesse consulta médica para data mais breve e não,

necessariamente, no HNSC. A regulação da Linha de Cuidado da Oncologia inicia, então, com a solicitação de consultoria ao NIR, que é avaliada por uma enfermeira. A solicitação é cadastrada no sistema de regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (GERCON) e acompanhada até o agendamento da consulta. Mais de 4.000 consultorias oncológicas já foram feitas ao NIR e respondidas desde o início desse processo.

Outras Linhas de Cuidado também passam pelo NIR para solicitação de regulação e levam em conta suas especificidades, como a Linha de Cuidado do AVC e Dor Torácica, a Linha de Cuidado da Urolitíase Pós-emergência, a Linha de Cuidado do Egresso da Emergência e a Linha de Cuidado da Reabilitação Auditiva. O processo é disparado a partir da necessidade de acompanhamento no Ambulatório do HNSC e/ou internação, quando o médico solicita consultoria ao NIR.

O NIR atua, também, na regulação das interconsultas, isto é, na regulação das consultas entre as especialidades ambulatoriais, processo que será descrito, detalhadamente, em outro capítulo.

Objetivo 4: estabelecer mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação da terapia cirúrgica e a realização do procedimento

O NIR vem trabalhando com as equipes clínicas e cirúrgicas, buscando a melhor forma de organizar as listas de espera, levando em consideração as peculiaridades das especialidades, mas, também, buscando um padrão institucional. A Gestão das Listas de Espera é uma ferramenta para otimizar e regar o acesso ao leito hospitalar.

Um dos fluxos de acesso de pacientes em lista de espera para procedimento que foi otimizado foi o de pacientes para realização de quimioembolização. Anteriormente, constavam na lista de espera da Gastroenterologia os pacientes aguardando internação para tratamento clínico, realização de CPER (colangiopancreatografia endoscópica retrógrada) e quimioembolização, todos em um mesmo código de prioridades (Código 1, que é o mais urgente). O NIR, junto com a equipe de gestão da Gerência de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento (SADT) e da Gastroenterologia, estabeleceu um fluxo em que, após a avaliação do médico da Medicina Intervencionista, estabelecem-se aqueles pacientes para intervenção ambulatorial ou em internação. Dessa forma, ao emitir a Autorização para Internação Hospitalar (AIH), a equipe escolhe o Código 1 para internação para

tratamento clínico e CPER e define o código 2 para pacientes com indicação de quimioembolização. Essa medida de separação dos pacientes em fluxos distintos conforme a prioridade proporcionou uma maior agilidade na internação dos pacientes que aguardam leito hospitalar e otimizou o tempo de espera para o procedimento.

Objetivo 5: qualificar os fluxos de acesso aos serviços hospitalares

O GHC é formado por mais três unidades hospitalares, a saber: Hospital da Criança Conceição, Hospital Fêmina e Hospital Cristo Redentor. O HNSC é a unidade que oferece a maior parte dos recursos terapêuticos, frequentemente, as demais unidades necessitam acessar seus serviços.

Alguns fluxos entre os hospitais foram estabelecidos, como quimioembolização, cateterismo cardíaco, arteriografias e filtro de veia cava. Para esses fluxos, utilizou-se a metodologia de mapeamento de processos e foram desenhados fluxogramas, onde constam os serviços e profissionais envolvidos, bem como as ações operacionais que cada um deve desempenhar.

Objetivo 6: monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar

O NIR monitora, diariamente, o painel de indicadores do Hospital. A partir das informações obtidas, dispara uma série de ações para fora e dentro da Instituição. A lotação das salas da Emergência é monitorada e informada às Centrais de Regulação do SAMU e ao *site* da Prefeitura de Porto Alegre. Todas as transferências de Vaga Zero são alimentadas, imediatamente, em sistema informatizado. Essas informações ficam disponíveis no site criado para tal fim pelo gestor municipal. O NIR informa, à alta gestão do Hospital e aos demais gestores, dados como lotação, internações, transferências, altas e óbitos da Emergência, diariamente, por meio de mensagem em grupo de WhatsApp®. Conforme a lotação da Emergência, o Plano de Capacidade Plena (descrito em outro capítulo) poderá ser acionado, onde ações específicas são realizadas, com objetivo de restabelecer a lotação da Emergência a patamares adequados e seguros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O NIR do HNSC foi o primeiro a ser criado na cidade de Porto Alegre, em junho de 2012, como uma demanda pela participação do Hospital no Programa SOS Emergências. Tinha como objetivo principal contribuir para redução da superlotação da Emergência e, naquele momento, esteve focado em identificar e transferir pacientes com perfil para leitos de retaguarda. Ao longo dos anos, recebeu a contribuição de vários apoiadores do Ministério da Saúde e, paulatinamente, foi ampliando seu escopo de atuação.

Posteriormente, com a incorporação da Central de Leitos, passou a fazer a gestão de todos os leitos clínicos e cirúrgicos do Hospital. Essa medida permitiu que a gestão de leitos fosse feita pela equipe de forma mais eficiente, levando em consideração as várias demandas das diferentes áreas do hospital e, a partir de tal experiência, buscou alternativas para ampliar o fluxo de saída da Emergência e a oferta de leitos de internação.

Além de definir o paciente certo no leito certo, o NIR buscou e vem buscando alternativas para otimizar os fluxos internos e externos, visando garantir acesso dos pacientes aos serviços e ao cuidado em saúde.

Um aspecto muito importante foi a definição, por parte da alta gestão, de deixar os aceites das solicitações de transferências externas para a Emergência do HNSC, exclusivamente, para o NIR, salvo as transferências reguladas e trazidas pelo SAMU. Essa medida organizou melhor o fluxo, com as transferências reguladas pelo médico do NIR, conforme disponibilidade dos recursos necessários para assistência (espaço físico para recebimento, recursos tecnológicos e de pessoal), deixando o médico assistente exclusivo para o cuidado ao paciente, sem receber as pressões externas da Rede.

A implantação do NIR do HNSC é relativamente recente, mas acredita-se que já se produziu bastante, embora se reconheça que tem muitos desafios ainda. O NIR do HNSC tem o desafio de tornar-se o NIR do GHC, com seus processos de trabalho padronizados nas demais Unidades do Grupo, levando em consideração as peculiaridades de cada Hospital. Algumas ações já foram implementadas, mas ainda há muito por avançar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html

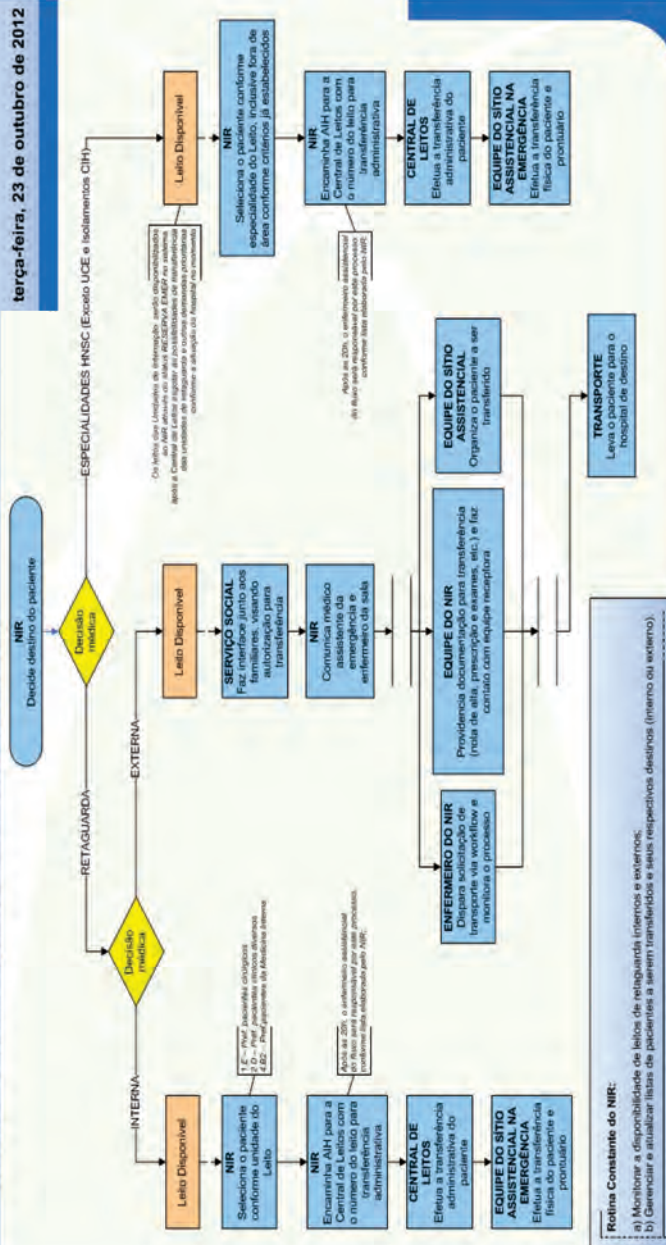
BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011**. Organiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html

HENSHER, Martin; EDWARDS, Nigel; STOKES, Rachel. The hospital of the future: international trends in the provision and utilization of hospital care. **BMJ**, v.319, p.845-848, 1999.

NATIONAL Academy of Sciences. **Hospital-based emergency care: at the breaking point**. New York: The National Academies Press, 2007.

ANEXO 1

Fluxo Operacional do NIR para Pacientes da Emergência Exceto para transferências para UCE e Leitos de Isolamento (CIH)



ANEXO 2

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCOS DO PACIENTE – PROJETO RETAGUARDA - MI

Nome do Paciente:		
Idade	Sexo	Prontuário
Data de avaliação:		Leito :

ETAPA 1 NIR– CONFIRMAÇÃO DOS CRITÉRIOS CLÍNICOS DE ADMISSÃO NO PROJETO (QUALQUER RESPOSTA **SIM SIGNIFICA FALTA DE CRITÉRIO PARA E-MEI, E CONTRA-INDICA A INTERNAÇÃO NOS LEITOS DO PROJETO)**

Paciente cirúrgico?	
Paciente com DPOC descompensado e uso de oxigenioterapia domiciliar?	
Paciente usa antibiótico que necessita aplicação EV até o fim do tratamento?	
Paciente tem pancreatite <u>biliar</u> e vai necessitar de cirurgia nesta internação?	
Paciente tem SIDA com imunossupressão severa?	
Paciente institucionalizado ou sem familiar/cuidador?	
Paciente das especialidades: oncologia, infectologia ou hematologia?	
Paciente com seqüela de AVC?	

RESULTADO: () INDICADA INTERNAÇÃO PROJETO RETAGUARDA - MI

() CONTRA-INDICADA INTERNAÇÃO PROJETO RETAGUARDA - MI

ETAPA 2 – RESULTADO DA AVALIAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL PARA INTERNAÇÃO E-MEI

Críticos de pacientes **SEM PERFIL SOCIAL** para internação E-MEI pelo motivo abaixo:

- () Morador sem domicílio () Dependente Químico
 () Paciente dependente ou confuso e sem cuidador disponível
 () Paciente institucionalizado

Se paciente idoso, dependente, ou com dificuldade de deambular, magreza, desorientado, com histórico de doença crônica e com má adesão ao tratamento, especificar principal cuidador e em que momentos o acompanham.

ETAPA 3 NIR– AVALIAÇÃO INTEGRADA DO PACIENTE COM INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO CONFIRMAÇÃO DOS CRITÉRIOS CLÍNICOS DE ADMISSÃO NO PROJETO (QUALQUER RESPOSTA **SIM SIGNIFICA CRITÉRIO PARA PROJETO RETAGUARDA-MEI, E INDICA A INTERNAÇÃO NOS LEITOS DO PROJETO)**

•Tempo de internação previsto ≤ 10 dias	
•Internação clínica	
•Estabilidade hemodinâmica	
Paciente com TEP (tromboembolismo pulmonar);TVP (trombose venosa profunda)?	
Paciente com Hemorragia Digestiva Alta; Hemorragia Digestiva Baixa; GEa (gastroenterite Aguda)?	
Paciente com Pneumonia Bacteriana ou Asma	
Paciente tem ITU ou Pielonefrite Aguda?	
Paciente com patologia aguda de baixa gravidade?	

RESULTADO: () INDICADA INTERNAÇÃO PROJETO RETAGUARDA - MI

() CONTRA-INDICADA INTERNAÇÃO PROJETO RETAGUARDA - MI

A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Assistente Social	
1 - Mora com alguém? () Sozinho () Cônjuge () Filho (a) () Nora/genro () irmão (ã) - () Neto (a)	
2- Para transporte na alta, a quem devemos acionar? () Carro próprio da família ou vizinho () Táxi () Ônibus () Ambulância	
3- Local: () Capital () Região Metropolitana () Interior do estado	
TELEFONES DE CONTATO PARA ALTA:	
4- Utiliza outros Serviços de Saúde? () UBS, especificar qual _____ HNSC () Ambulatório () Internação () Serviços de Emergência Outras instituições () Ambulatório () Internação () Serviços de Emergência	
5- Com qual frequência mensal? () 1 a 3 vezes - () 3 a 5 vezes - () mais de 5 vezes	
6- Caso não use outros serviços de saúde, por que motivo; () Falta de condições financeiras () Falta de posto de saúde próximo () Falta de cuidador para o levar ao atendimento () Paciente aparenta condições reduzidas de organização pessoal para seus cuidados em saúde () Outros _____	
Farmacêutico	
7- Quantos medicamentos prescritos? () 0-5 med () 6-10 med () + 10 med	
8 -Utiliza os medicamentos abaixo: () varfarina () fêmprocumona () antineoplásico VO () psiquiátricos	
9- Consegue usar todos os medicamentos receitados? () Sim () Não	
10 - Por que motivo deixa de tomar a medicação: () Falta de condições financeiras () Falta de medicação no posto de saúde () Falta de cuidador () Falta de receita () Paciente aparenta condições reduzidas de organização pessoal para seus cuidados em saúde () Outros _____	
Fisioterapia	
11- Apresenta algumas das situações abaixo? – Espaço para a fisioterapia a ser construído. Já falei com Elisa () Mobilidade-() Ativa () Passiva Nível de consciência - () Respiratório - AP: () Roncos () Sibilos () Crepitações () Outros? () Tosse e expectoração espontâneo. () Necessidade de aspiração de VA Tipo e volume de secreção: () Oxigenioterapia () Não () Sim () ON () CN () CPAP () M. Venturi () Outros () PV () Normal () Esforço (tiragens, prensa abdom.) () Dispneia () Outros _____	
Nutricionista	
12 – Faz acompanhamento nutricional? () sim () não	

Plano terapêutico	
1. FT motora e resp 2X/dia	
2. Uso de aparelhos FT(shaker, flutter, respiron)/CPAP/estímulo a tosse/aspiração	
3. Transferência para poltrona (com ortostase ou deambulando)/sedestação a beira leito/uso de aparatos (pesos, alteres, theraband)	
4. Tosse com expectoração espontânea e ortostase com pouco ou nenhum auxílio	
Data provável de alta:	
Providências necessárias para alta: ☐ fornecimento de medicação ☐ contato com rede social de apoio ☐ orientações para aquisição de equipamentos ☐ providências para transporte ☐ orientação farmacêutica para uso de medicamentos na alta ☐ orientação nutricional	
Alguma restrição de horário para saída do hospital:	

Plano de alta:

Paciente com capacidade de proteção de via aérea e adequada higiene brônquica espontaneamente
 Paciente ativo ou ativo-assistido com possibilidade de transferência no leito e do leito para poltrona

ANEXO 3

CHECKLIST PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES DA EMERGÊNCIA PARA AS UNIDADES DE INTERNAÇÃO																																																																																																																																																																																																											
ORIGEM:		Etiqueta de Identificação OU Nome: _____ Registro: _____ Especialidade: _____				DESTINO:																																																																																																																																																																																																					
Nº do Leito: _____						Nº do Leito: _____																																																																																																																																																																																																					
Sala: _____						Unidade: _____																																																																																																																																																																																																					
Data: ____/____/____						Data: ____/____/____																																																																																																																																																																																																					
Horário: ____:____						Horário: ____:____																																																																																																																																																																																																					
Motivo da Internação: _____																																																																																																																																																																																																											
Patologias prévias: () Diabetes () HAS () Outros: Especificar: _____																																																																																																																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ITEM</th> <th rowspan="2">AÇÕES DO ADMINISTRATIVO</th> <th colspan="3">Origem</th> <th colspan="3">Destino</th> </tr> <tr> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>OBS</th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>OBS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">Prontuário</td> <td>Prontuário acompanha o paciente?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Paciente tem prescrição médica válida para o dia?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Há exames de imagem impressos ou trazidos de casa? (encaminhar junto)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Paciente trouxe medicação de casa? Especificar: _____</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Risco de quedas (Morse) conforme Prontuário Eletrônico: () Sem Risco () Intermediário () Elevado</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Identificação</td> <td>Risco de Lesão por Pressão (Braden) conforme Prontuário Eletrônico: () Sem Risco () Leve () Moderado () Elevado () Muito Elevado</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>										ITEM	AÇÕES DO ADMINISTRATIVO	Origem			Destino			SIM	NÃO	OBS	SIM	NÃO	OBS	Prontuário	Prontuário acompanha o paciente?							Paciente tem prescrição médica válida para o dia?							Há exames de imagem impressos ou trazidos de casa? (encaminhar junto)							Paciente trouxe medicação de casa? Especificar: _____							Risco de quedas (Morse) conforme Prontuário Eletrônico: () Sem Risco () Intermediário () Elevado							Identificação	Risco de Lesão por Pressão (Braden) conforme Prontuário Eletrônico: () Sem Risco () Leve () Moderado () Elevado () Muito Elevado																																																																																																																																														
ITEM	AÇÕES DO ADMINISTRATIVO	Origem			Destino																																																																																																																																																																																																						
		SIM	NÃO	OBS	SIM	NÃO	OBS																																																																																																																																																																																																				
Prontuário	Prontuário acompanha o paciente?																																																																																																																																																																																																										
	Paciente tem prescrição médica válida para o dia?																																																																																																																																																																																																										
	Há exames de imagem impressos ou trazidos de casa? (encaminhar junto)																																																																																																																																																																																																										
	Paciente trouxe medicação de casa? Especificar: _____																																																																																																																																																																																																										
	Risco de quedas (Morse) conforme Prontuário Eletrônico: () Sem Risco () Intermediário () Elevado																																																																																																																																																																																																										
Identificação	Risco de Lesão por Pressão (Braden) conforme Prontuário Eletrônico: () Sem Risco () Leve () Moderado () Elevado () Muito Elevado																																																																																																																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ITEM</th> <th rowspan="2">AÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM</th> <th colspan="3">Origem</th> <th colspan="3">Destino</th> </tr> <tr> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>OBS</th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>OBS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">Identificação</td> <td>Paciente está com pulseira de identificação?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Nome e data de Nascimento do paciente conferem com a pulseira de identificação e com os documentos (prontuário e exames) que o acompanham?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Alergia? Se sim, especificar: _____</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Alergia identificada com pulseira vermelha?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Precauções/isolamento? Se sim, especificar: _____</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Quadro Clínico</td> <td>Se Risco Elevado de Queda: Paciente identificado com pulseira amarela?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Estado de Consciência: () Lúcido () Confuso () Sonolento () Sedado</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>SINAIS VITAIS NA TRANSFERÊNCIA: TA: ____ FC: ____ FR: ____ Tax: ____</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>SAT O₂ _____ Glasgow _____</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Paciente está em uso de oxigenoterapia? () Sim, Quanto? _____ () Não</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Dispositivos</td> <td>A folha de registros tem anotações como: sinais vitais, eliminações, alimentação?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Paciente com acesso venoso instalado?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>() Periférico () Cateter Central () Portocath () Outro</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Possui algum dreno/sonda? Se Sim, especificar: _____</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Possui curativos? Se sim, especificar: _____</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Medicação e Anestesia</td> <td>Há medicação dispensada hoje para o paciente?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Há medicação que necessite de refrigeração?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Paciente recebendo infusão? Especificar: _____</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Paciente está com acompanhante?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Há pertences?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Relatives e Acompanhantes</td> <td>Prótese dentária</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Ocúlos</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Outros: _____</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>										ITEM	AÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	Origem			Destino			SIM	NÃO	OBS	SIM	NÃO	OBS	Identificação	Paciente está com pulseira de identificação?							Nome e data de Nascimento do paciente conferem com a pulseira de identificação e com os documentos (prontuário e exames) que o acompanham?							Alergia? Se sim, especificar: _____							Alergia identificada com pulseira vermelha?							Precauções/isolamento? Se sim, especificar: _____							Quadro Clínico	Se Risco Elevado de Queda: Paciente identificado com pulseira amarela?							Estado de Consciência: () Lúcido () Confuso () Sonolento () Sedado							SINAIS VITAIS NA TRANSFERÊNCIA: TA: ____ FC: ____ FR: ____ Tax: ____							SAT O ₂ _____ Glasgow _____							Paciente está em uso de oxigenoterapia? () Sim, Quanto? _____ () Não							Dispositivos	A folha de registros tem anotações como: sinais vitais, eliminações, alimentação?							Paciente com acesso venoso instalado?							() Periférico () Cateter Central () Portocath () Outro							Possui algum dreno/sonda? Se Sim, especificar: _____							Possui curativos? Se sim, especificar: _____							Medicação e Anestesia	Há medicação dispensada hoje para o paciente?							Há medicação que necessite de refrigeração?							Paciente recebendo infusão? Especificar: _____							Paciente está com acompanhante?							Há pertences?							Relatives e Acompanhantes	Prótese dentária							Ocúlos							Outros: _____																				
ITEM	AÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	Origem			Destino																																																																																																																																																																																																						
		SIM	NÃO	OBS	SIM	NÃO	OBS																																																																																																																																																																																																				
Identificação	Paciente está com pulseira de identificação?																																																																																																																																																																																																										
	Nome e data de Nascimento do paciente conferem com a pulseira de identificação e com os documentos (prontuário e exames) que o acompanham?																																																																																																																																																																																																										
	Alergia? Se sim, especificar: _____																																																																																																																																																																																																										
	Alergia identificada com pulseira vermelha?																																																																																																																																																																																																										
	Precauções/isolamento? Se sim, especificar: _____																																																																																																																																																																																																										
Quadro Clínico	Se Risco Elevado de Queda: Paciente identificado com pulseira amarela?																																																																																																																																																																																																										
	Estado de Consciência: () Lúcido () Confuso () Sonolento () Sedado																																																																																																																																																																																																										
	SINAIS VITAIS NA TRANSFERÊNCIA: TA: ____ FC: ____ FR: ____ Tax: ____																																																																																																																																																																																																										
	SAT O ₂ _____ Glasgow _____																																																																																																																																																																																																										
	Paciente está em uso de oxigenoterapia? () Sim, Quanto? _____ () Não																																																																																																																																																																																																										
Dispositivos	A folha de registros tem anotações como: sinais vitais, eliminações, alimentação?																																																																																																																																																																																																										
	Paciente com acesso venoso instalado?																																																																																																																																																																																																										
	() Periférico () Cateter Central () Portocath () Outro																																																																																																																																																																																																										
	Possui algum dreno/sonda? Se Sim, especificar: _____																																																																																																																																																																																																										
	Possui curativos? Se sim, especificar: _____																																																																																																																																																																																																										
Medicação e Anestesia	Há medicação dispensada hoje para o paciente?																																																																																																																																																																																																										
	Há medicação que necessite de refrigeração?																																																																																																																																																																																																										
	Paciente recebendo infusão? Especificar: _____																																																																																																																																																																																																										
	Paciente está com acompanhante?																																																																																																																																																																																																										
	Há pertences?																																																																																																																																																																																																										
Relatives e Acompanhantes	Prótese dentária																																																																																																																																																																																																										
	Ocúlos																																																																																																																																																																																																										
	Outros: _____																																																																																																																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ITEM</th> <th rowspan="2">AÇÕES DO ENFERMEIRO</th> <th colspan="3">Origem</th> <th colspan="3">Destino</th> </tr> <tr> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>OBS</th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>OBS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">Comunicação e Transferência</td> <td>Houve comunicação entre enfermeiro da área de origem com a área de destino?</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Há cirurgias/procedimentos agendados? Especificar: _____</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Data: ____/____/____ Horário: ____:____</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Há exames agendados? Especificar: _____</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Data: ____/____/____ Horário: ____:____</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Restrição de dieta? () NPO () outro</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>										ITEM	AÇÕES DO ENFERMEIRO	Origem			Destino			SIM	NÃO	OBS	SIM	NÃO	OBS	Comunicação e Transferência	Houve comunicação entre enfermeiro da área de origem com a área de destino?							Há cirurgias/procedimentos agendados? Especificar: _____							Data: ____/____/____ Horário: ____:____							Há exames agendados? Especificar: _____							Data: ____/____/____ Horário: ____:____								Restrição de dieta? () NPO () outro																																																																																																																																														
ITEM	AÇÕES DO ENFERMEIRO	Origem			Destino																																																																																																																																																																																																						
		SIM	NÃO	OBS	SIM	NÃO	OBS																																																																																																																																																																																																				
Comunicação e Transferência	Houve comunicação entre enfermeiro da área de origem com a área de destino?																																																																																																																																																																																																										
	Há cirurgias/procedimentos agendados? Especificar: _____																																																																																																																																																																																																										
	Data: ____/____/____ Horário: ____:____																																																																																																																																																																																																										
	Há exames agendados? Especificar: _____																																																																																																																																																																																																										
	Data: ____/____/____ Horário: ____:____																																																																																																																																																																																																										
	Restrição de dieta? () NPO () outro																																																																																																																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">UNIDADE DE ORIGEM</th> <th>UNIDADE DE DESTINO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Assinatura do Aux/Téc Administrativo (Nome e CP): _____</td> <td>Assinatura e Carimbo do Enfermeiro(a) e hora: _____</td> <td rowspan="2">Assinatura / Carimbo do profissional que recebeu o paciente (nome e CP): _____</td> </tr> <tr> <td>Assinatura e carimbo do Aux/Téc/Enfermagem: _____</td> <td>No momento, paciente encontra-se em condições de transferência para outra Unidade. Assinatura e Carimbo Médico: _____</td> </tr> </tbody> </table>										UNIDADE DE ORIGEM		UNIDADE DE DESTINO	Assinatura do Aux/Téc Administrativo (Nome e CP): _____	Assinatura e Carimbo do Enfermeiro(a) e hora: _____	Assinatura / Carimbo do profissional que recebeu o paciente (nome e CP): _____	Assinatura e carimbo do Aux/Téc/Enfermagem: _____	No momento, paciente encontra-se em condições de transferência para outra Unidade. Assinatura e Carimbo Médico: _____																																																																																																																																																																																										
UNIDADE DE ORIGEM		UNIDADE DE DESTINO																																																																																																																																																																																																									
Assinatura do Aux/Téc Administrativo (Nome e CP): _____	Assinatura e Carimbo do Enfermeiro(a) e hora: _____	Assinatura / Carimbo do profissional que recebeu o paciente (nome e CP): _____																																																																																																																																																																																																									
Assinatura e carimbo do Aux/Téc/Enfermagem: _____	No momento, paciente encontra-se em condições de transferência para outra Unidade. Assinatura e Carimbo Médico: _____																																																																																																																																																																																																										
* Os Sinais Vitais devem ser verificados no momento da transferência.																																																																																																																																																																																																											

ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTAS

André Wajner
Angelise Maria Martins
Fernando Pivatto Junior
Jociela Gheno
Thaise da Silva Nunes

Conforme Wong et al. (2009), a alta hospitalar é um processo crítico da gestão do fluxo do paciente, que vem recebendo intensa atenção em nível internacional. Tal atenção deve-se ao fato de que esse processo sofre diversas variações e, por consequência, gera gargalos, que refletem em atrasos na atenção ao paciente. Para os autores, embora a alta hospitalar seja uma decisão clínica, há muitos aspectos não clínicos que influenciam essa tomada de decisão, como preferências de pacientes e familiares, escalas e grades das equipes médicas, dia da semana e ineficiências hospitalares, entre outros.

De forma a gerir os processos de alta hospitalar, garantindo a otimização do uso dos leitos, bem como a segurança no cuidado à saúde e a continuidade da atenção aos pacientes, alguns países e hospitais vêm implantando programas e equipes específicas para a gestão das altas. Portugal, por exemplo, por meio do Decreto-Lei nº 101/2006, agregou a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ao seu Plano Nacional de Saúde, baseado em um modelo de intervenção integrada e articulada e composto por unidades e equipes para a prestação de cuidados em saúde e de apoio social. Dentre essas equipes, estão as chamadas de “equipes de gestão de altas”, que atuam no âmbito hospitalar, são multidisciplinares (compostas por, pelo menos, médico, enfermeiro e assistente social) e visam preparar e gerir as altas hospitalares com outros serviços aos pacientes que precisem de seguimento para seus problemas de saúde e sociais, seja em domicílio ou em articulação com outras unidades da rede de saúde e social (PORTUGAL, 2006).

No Brasil, a proposta de equipes ou times de gestão de altas é mais recente. Desde meados de 2016, alguns hospitais vêm adotando essa iniciativa, com resultados assertivos. Dentre eles, está o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), que vem se esforçando para garantir a agilidade do processo de altas.

Em abril de 2017, a Diretoria do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) instituiu uma Comissão de Resposta Rápida, formada por médicos horizontais da Emergência, com o objetivo principal de promover soluções para otimizar os processos de trabalho, agilizar a solução de pendências e reavaliar os pacientes em observação. Como resultado, buscava-se acelerar o desfecho clínico e o destino do paciente (alta ou internação).

Em junho de 2017, uma equipe formada por profissionais da Diretoria do GHC e do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do HNSC visitou o Hospital São Lucas (PUCRS), que já tinha uma equipe de apoio à assistência para o processo de alta hospitalar. Além disso, alguns profissionais do HNSC já tinham conhecimento de práticas e funcionamento de hospitais norte-americanos que possuem escritórios específicos para a demanda de otimização do processo de alta hospitalar.

À época, também reunia-se uma equipe com profissionais de diversas áreas do HNSC (NIR, Emergência, SADT, unidades de internação), visando elaborar e implantar um protocolo de alta qualificada que permitisse agilizar processos, reduzir tempos de internação e garantir segurança para a saída dos pacientes.

Diante do contexto apresentado, vislumbrou-se a possibilidade de implantação de uma equipe específica para a gestão do processo de altas. Assim, o Escritório de Gestão de Altas (EGA) nasceu de um anseio da Diretoria do GHC em alcançar resultados melhores nas unidades de internação e, com isso, impactar sobre a lotação da Emergência. Este capítulo apresenta o Escritório de Gestão de Altas (EGA) do HNSC, suas atribuições, a equipe, atividades e resultados.

ATRIBUIÇÕES DO EGA

O EGA do HNSC, criado em setembro de 2017, foi projetado como uma estratégia institucional de intervenção nos processos relacionados à assistência ao paciente hospitalizado. Tem como objetivos principais: diminuição do tempo de internação hospitalar (aumento do giro de leitos), aumento da qualidade assistencial e monitoramento da reinternação não eletiva em 30 dias; como objetivos secundários: melhora da comunicação assistencial, aprimoramento do trabalho em equipe, ensino de tópicos relacionados à qualidade e segurança assistencial e aproximação efetiva dos gestores com as equipes.

Esta nova estrutura, vinculada à Direção Técnica do GHC, foi instituída formalmente por meio da Portaria nº GHC 403, de 14 de novembro de 2017, que detalhou suas atribuições, a saber:

- I. Participar ativamente dos *rounds* multiprofissionais, promovendo a qualificação e ampliação desse dispositivo para todas as unidades de internação.
- II. Detectar falhas de fluxo durante o período de internação hospitalar, que possam interferir no tempo de permanência no leito e na qualidade assistencial oferecida.
- III. Desenvolver estratégias para melhoria da comunicação entre as equipes das estruturas de cuidado, serviços especializados, de

apoio técnico e suporte administrativo.

IV. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Mapa de Apoio: documento de que contempla informações dos municípios com maior demanda ao HNSC, detalhando as especificidades dos serviços de saúde e outros que participam da atenção ao usuário após alta hospitalar.

V. Implantar a alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, a ser realizada por meio de orientação dos pacientes e familiares quanto a continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito e proporcionando o autocuidado.

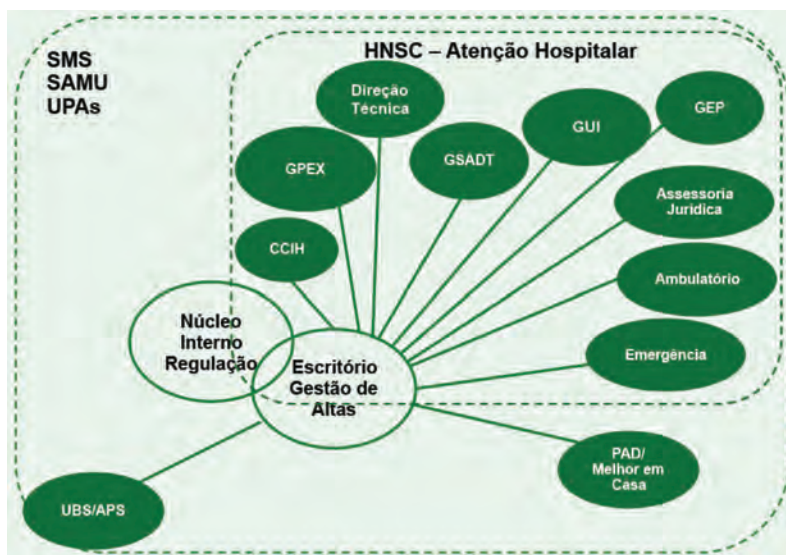
VI. Articular a continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da rede de saúde (RAS), em particular, a atenção básica e implementar mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS.

VII. Realizar atividades de ensino direcionadas às equipes assistenciais, contemplando temas relacionados à transição do cuidado, desospitalização segura, qualidade assistencial, melhoria da comunicação e outros de relevância para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho.

Para desenvolver todas as atribuições referidas, o EGA deve fazer interface com diversos serviços, internos e externos ao Hospital. A Figura 1 ilustra a complexidade dessas interfaces.

Figura 1: Interfaces do EGA com outros atores

Fonte: elaborada pelos autores



A EQUIPE DO EGA

Para desenvolver atividades pertinentes aos seus objetivos, o EGA conta com a seguinte equipe: um coordenador médico, uma assistente social, duas enfermeiras, duas estagiárias de enfermagem, uma farmacêutica e dois médicos.

- Os médicos fazem interface com as equipes médicas assistenciais, clínicas e cirúrgicas, auxiliando no planejamento de alta e na transição do cuidado. São fundamentais na transferência de pacientes para outros hospitais de nível assistencial secundário e em pesquisas relacionadas à transição de cuidado, reinternação e análise da efetividade da atuação do próprio EGA.
- As enfermeiras são a principal relação do EGA com as equipes, auxiliando em todos os processos que visam agilizar as altas hospitalares e fazer a transição dos pacientes com a rede de atenção primária e os programas de atenção domiciliar (Programa de Atenção Domiciliar do GHC – PAD GCH e Programa Melhor em Casa).
- A farmacêutica participa, em grande parte, dos *rounds* multidisciplinares, atuando na reconciliação medicamentosa e em pesquisas relacionadas à efetividade da farmácia clínica, preditores de reinternação e uso da inteligência artificial para detecção de eventos adversos intra-hospitalares.
- As estagiárias tabulam todos os dados que chegam ao EGA e atuam, também, nos *rounds* multidisciplinares.

A definição de um grupo multiprofissional foi parte da estratégia de implantação do EGA, tendo em vista o ganho de qualidade assistencial a partir de uma abordagem de diversos profissionais com formações diferentes e complementares.

Também, destaca-se a sua localização física - em área contígua às Unidades de Internação do terceiro andar do HNSC, facilitando a interação com as equipes assistenciais responsáveis pelo cuidado ao paciente hospitalizado.

OS PROCESSOS DE TRABALHO DO EGA

Para que o processo crítico da gestão das altas seja efetivado, é preciso considerar alguns aspectos: comunicação entre equipes, comunicação com o paciente, educação do paciente, estruturação da alta, abordagem multidisciplinar e registros. Essa compreensão embasa o trabalho do EGA.

O EGA realiza busca ativa de situações com pendências que tenham potencialidade para redução de tempo de serem solucionadas.

Essa busca ocorre por meio das consultorias constantes nos prontuários eletrônicos, do monitoramento da ferramenta *Kanban* e da participação nos *rounds* multidisciplinares.

Para a implementação e participação nos *rounds* multiprofissionais, utiliza-se um *check list* padronizado, com enfoque em qualidade e segurança assistencial, planejamento terapêutico e previsão de alta hospitalar. O modelo do *check list* pode ser visualizado na Figura 1, a seguir:

Figura 2: Modelo de check list para uso nos rounds multidisciplinares

Fonte: elaborada pelos autores

ROUND MULTIDISCIPLINAR											
PACIENTE: _____						Internação: ____/____/____					
REGISTRO: _____ LEITO: _____						Chegada no setor: ____/____/____					
Município: _____ UBS: _____						Alta provável: ____/____/____					
() PAD () Melhor em Casa						Revisão de alta: ____/____/____					
Responsável pelo Paciente _____						Revisão de alta: ____/____/____					
Telefones: _____						Alta efetiva: ____/____/____					
GRAU DE INVESTIMENTO:											
Lista de problemas: _____						Motivo da internação: _____					
ALERGIAS: _____						CHARLSON: _____			PERROCA: _____		
INVASÕES											
Acesso venoso periférico				Acesso venoso central				Sonda vesical demora		Outro: _____	
Instalado	Retirado	Instalado	Retirado	Instalado	Retirado	Instalado	Retirado	Instalado	Retirado	Instalado	Retirado
EVOLUÇÃO DO CUIDADO											
Especificação		Round 1: ____/____		Round 2: ____/____		Round 3: ____/____					
Intercorrências nas últimas 24 horas											
Nível consciêcia/ comportamento											
Sinais vitais (estáveis/alterados)											
Integridade cutâneo-mucosa											
Risco de queda											
FISIOTERAPIA											
Tipo de reabilitação											
Oxigenação (defende VA)											
Mobilizações (nível de dependência)											
NUTRIÇÃO											
NPO / VO / SNE / Gastro / Jejuno											
Risco nutricional		() Com risco MST		() Sem risco MST							
Sugestão de dieta		() Baixo risco MUST		() Médio risco MUST		() Alto risco MUST					
FARMÁCIA											
Ajuste de prescrição hospitalar											
Reconciliação medicamentosa											
Treinamento p/uso medic domiciliar											
PENDÊNCIAS											
Round 1				Round 2				Round 3			

Semanalmente, o EGA participa em 27 *rounds* multidisciplinares, realizados com a equipe de Neurologia, com médicos e residentes médicos das equipes de Medicina Interna, de Urologia, Cardiologia e Cirurgia Cardíaca, com os médicos da Medicina de Família e com a Unidade de Retaguarda da Emergência. Os *rounds* são compostos por médicos, médicos residentes, um membro do EGA, enfermeiro da unidade, assistente social, fisioterapeuta, farmacêutico clínico e, eventualmente, nutricionista.

O EGA atuou junto à Gerência de Informática para aprimorar a ferramenta *Kanban*, de forma a identificar os principais obstáculos para alta hospitalar e atuar de forma proativa na resolução destes, para a alta hospitalar mais precoce possível. Essa ferramenta possibilita identificar os principais entraves para alta em cada serviço e/ou unidade e, assim, fazer com que o EGA possa atuar junto às gerências para resolver as pendências e promover o *feedback* das soluções às equipes médicas. No Módulo III deste livro, há um capítulo específico sobre a evolução do *Kanban* e seu uso no HNSC.

O EGA também tem, como foco, a transição de cuidado efetiva com a Atenção Primária, com o Programa Melhor em Casa/Atenção Domiciliar e com os hospitais de menor complexidade, propiciando que os pacientes sejam desospitalizados com mais segurança e de forma mais precoce. Entre maio e outubro de 2018, foi feita a transição de cuidado de 61 pacientes com alto risco de reinternação, sendo que, para 54% destes, foi realizado vínculo com a Unidade Básica de Saúde (UBS), 37% dos pacientes foram transferidos para hospitais secundários em suas cidades natais e, em 5% dos casos, foi feito vínculo com o serviço de atenção domiciliar. No Módulo III deste livro, há um capítulo específico sobre esse tema.

Além disso, o EGA atua em conjunto à Assessoria Jurídica para que se possa resolver pendências relativas a demandas sociais que impedem a alta de pacientes com condições clínicas para saírem de sua internação. Esse processo está descrito no Módulo III, em capítulo específico.

Ainda, o EGA vem liderando atividades de sensibilização e formação de profissionais para temas que podem impactar na qualidade e na segurança do cuidado ao paciente e em sua permanência em regime de internação hospitalar.

RESULTADOS E REFLEXÕES

A atuação do Escritório de Gestão de Altas na resolução das demandas apresentadas estimulou o entrosamento com as gerências

envolvidas, principalmente, a de SADT, a de Unidades de Internação e a de Pacientes Externos, bem como com o NIR. Essa articulação possibilitou que todos pudessem identificar e intervir nas demandas mais críticas e recorrentes de cada área.

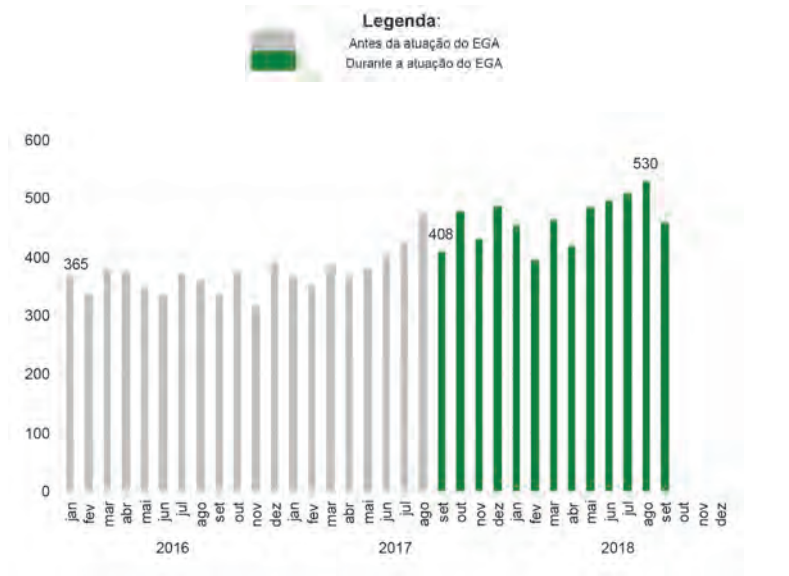
Todo esse processo resultou em uma melhoria significativa dos indicadores de tempo de internação, aumento de internações e de altas hospitalares, mesmo com a manutenção do número de leitos, tanto em pacientes clínicos (Medicina Interna) como cirúrgicos (Urologia), conforme demonstram a Tabela 1 e os Gráficos a seguir.

Na Tabela 1 e no Gráfico 1, pode-se observar um aumento importante do número de internações por mês na especialidade de Medicina Interna, principalmente, a partir de setembro de 2017, quando o EGA começou a atuar, diretamente, com as equipes dessa especialidade.

Tabela 1: Número de internações mensais, Medicina Interna, 2016 a 2018
Fonte: elaborada pelos autores

	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
2016	365	335	381	376	348	334	372	359	336	376	317	389
2017	366	350	385	365	381	401	425	472	408	476	430	486
2018	453	394	462	417	484	496	509	530	459			

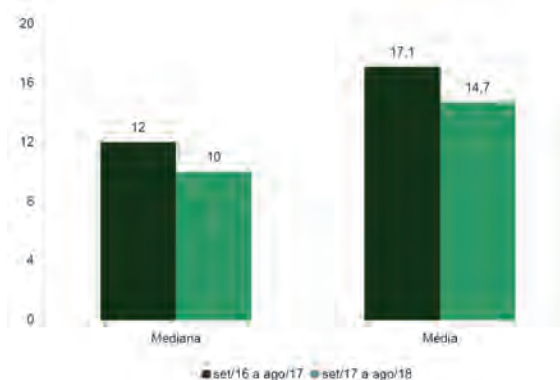
Gráfico 1: Comparativo de internações mensais, Medicina Interna, 2016 e 2018
Fonte: elaborado pelos autores



Esse aumento de internações ocorreu, principalmente, pela diminuição de 17% do tempo mediano de internação e de 14% de média de internação, conforme demonstrado no Gráfico 2.

Gráfico 2: Comparativo de tempos de internação (em dias) no Serviço de Medicina Interna, antes e durante a atuação do EGA, 2016 a 2018

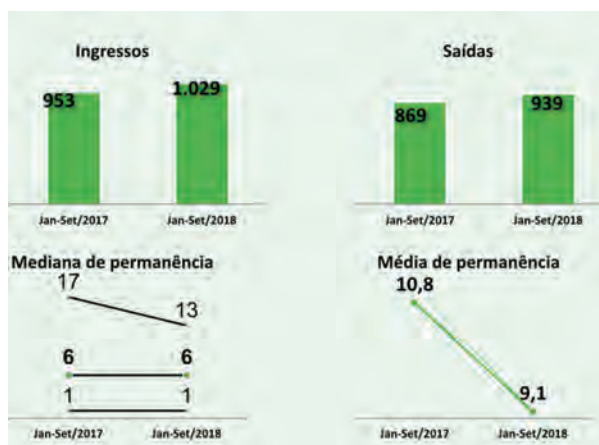
Fonte: elaborado pelos autores



Quanto ao serviço cirúrgico, observa-se, na Urologia, após a atuação do EGA, um aumento de 8,1% de internações e saídas e diminuição de 15,7% da média de internação, conforme mostra o Gráfico 3.

Gráfico 3: Comparativo de internações hospitalares, saídas hospitalares e tempo de internação (em dias) no Serviço de Urologia, antes e durante a atuação do EGA

Fonte: elaborado pelos autores



Por fim, constata-se que, neste primeiro ano de atuação do EGA, todas as metas propostas foram atingidas. Até então, o espectro de atuação alcançou 46,8% dos leitos hospitalares de internações clínicas e cirúrgicas (exclui-se deste quantitativo os leitos de emergência, hospital-dia e especialidades com gestão própria). Isso representa, em média, 250 leitos-dia sendo analisados.

Tem-se como objetivo, para o segundo ano de implantação, ampliar a atuação do EGA na maior parte dos leitos de enfermaria do HNSC e aprimorar a transição de cuidado entre o hospital e a rede de atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

PORTUGAL. Decreto-Lei nº 101, de 06 de junho de 2006. Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/2006/06/109A00/38563865.pdf>

WONG, Hannah et al. How much do operational processes affect hospital inpatient discharge rates? **Journal of Public Health**, v.31, n.4, p.546-553, 2009.

MÓDULO III:
EXPERIÊNCIAS DO HOSPITAL
NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA AO PLANO DE CAPACIDADE PLENA: MEDIDAS PARA PROMOVER SEGURANÇA ASSISTENCIAL

Juliana Weidlich Sommer
Gleide Simas Custódio Khan

2015: O PLANO DE CONTINGÊNCIA E O PLANO DE GATILHOS

Desde sua inauguração, a Emergência do HNSC vem fazendo adequações em sua capacidade instalada, incluindo aumento de sítios assistenciais, aquisição de equipamentos e ajuste de quadro de pessoal. Além disso, seus processos de trabalho passam por revisões constantes, haja vista a realidade intensamente dinâmica do serviço.

As medidas que vêm sendo instituídas são eficazes em reduzir a superlotação da Emergência. Entretanto, a dinamicidade do serviço mostra que sua lotação deve ser monitorada continuamente e que, por vezes, a relação entre a demanda e a oferta de leitos de internação não é equânime, o que gera acúmulo de pessoas no Serviço, aguardando por um espaço adequado para internação.

Assim, são necessárias ações mais enfáticas e rápidas para o enfrentamento do problema. Além da ampliação da capacidade instalada, da reorganização dos sítios assistenciais e da adequação do quadro de pessoal, em março de 2015, foi elaborado um plano de ação de enfrentamento à superlotação, a ser disparado em situações de contingência. Foi chamado de Plano de Contingência e detalhava ações em 5 estágios, a partir do número de pacientes internados na Emergência. A Figura 1 demonstra o que foi implantado.

Figura 1: Plano de Contingência de março de 2015
Fonte: NAQH/HNSC

ESTÁGIOS	AÇÕES
1º Estágio >90 Pacientes	• Transferência de pacientes com indicação ginecológica para o Hospital Fêmina; • Designar médico para revisar casos passíveis de alta a cada 12hs.
2º Estágio >110 Pacientes	• Transferência de pacientes clínicos para o Hospital Fêmina; • Suspensão de recebimento de pacientes do HF, HCR e UPA, inclusive retornos.
3º Estágio > 120 Pacientes	• Envio de comunicado para SAMU/SMS para restrição da Emergência por 12hs (atendimento de casos iminente de morte/ CR Laranja e Vermelho).
4º Estágio > 130 Pacientes	• Suspensão de internações para cirurgias eletivas; • Troca de horários de bloco cirúrgico para equipes com pacientes na Emergência.
5º Estágio > 140 Pacientes	• Acionar leitos de retaguarda internos: 10 leitos no HNSC, 5 leitos no HF, 5 leitos no HCR.

Além dos cinco níveis, sugeria-se a adoção de ações contínuas:

- Avaliação e reavaliação da Cardiologia diariamente para pacientes isquêmicos, conforme já havia sido pactuado em 2013;
- Avaliação da Cirurgia Vascular antes da emissão da AIH;
- Avaliação e disponibilização de consultas extras pela Oncologia para pacientes com vínculo no Ambulatório da Oncologia;
- Pactuação, com a SMS, da regulação do Ambulatório para pacientes egressos da Emergência em situações de superlotação;
- Agendamento de reunião conjunta entre Ministério Público do Estado e Ministério Público Federal para tratar assunto da superlotação e possibilidade de transferência compulsória de pacientes de média e baixa complexidades para leitos de retaguarda.

Este plano não foi possível de ser executado em sua totalidade. Via de regra, os patamares de lotação eram superiores a 120 pacientes. O assunto foi levado à discussão no Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), culminando na elaboração de um novo Plano de Gatilho, em 3 estágios, de acordo com o número de pacientes na Emergência, conforme Figura 2.

Figura 2: Plano de Gatilhos de 2015

Fonte: NAQH/HNSC

GERÊNCIAS	Primeiro Gatilho 64 a 119	Segundo Gatilho 120 a 130	Terceiro Gatilho acima de 130
DIRETORIA		1. Pactuar com a SMS que as AIHs emitidas serão apenas para Leitos de Retaguarda 2. Acionar Comunicação Social para divulgação da Superintendência nos meios de Comunicação 1. Todas as ações do Primeiro Gatilho 2. Acionar Comitê de crise via Whatsapp 3. Articular ações com o Gestor Municipal para oferta de leitos de Retaguarda (Projeto Reunir) e Regulação de Canoas 4. Refinar critério de disponibilização de Leito priorizando a Emergência 5. Informar Gerência de Adm. às priorizações de higienização de leitos 6. Programar reinserção de pacientes elencados pela GUI que receberam alta precoce (reagendamento de exame ou cirurgia)	1. Compor o Gabinete de Crise. 2. Solicitar a participação de representante da SMS no Comitê de Crise. 3. Acionar Comunicação Social para divulgação da Restrição nos meios de Comunicação 1. Definir intimação independente de consultoria respondida 2. Disponibilizar leitos eletivos para Emergência
NIR	1. Monitorar a lotação da Emergência 2. Manter contato com Gestor Municipal através do Projeto Reunir 3. Comunicar SAMU superintensão das Salas Vermelhar e Laranja 4. Identificar pacientes com potencial para alta precoce e repassar ao Emergência 5. Informar GUI consultorias pendentes que estejam interferindo na transferência do Cuidado entre Emergência e Internação		
GEPEX	Emergência: 1. Proceder a avaliação dos pacientes elencados para alta precoce 2. Acionar critérios da Classificação de Risco	Emergência 1. Todas as ações do Primeiro Gatilho 2. Emitir AIH somente se leitos de retaguarda disponibilizados	Emergência 1. Realocar enfermeiros da Classificação de Risco para realizar Pré-Classificação (acesso restrito a Vermelhos e Laranjas). 2. Definir coordenador para instalar Comissão de Alta. 3. Realocar médicos da área Azul para compor Comissão de Alta.

		Ambulatório: 1. Disponibilizar consultas ambulatoriais para casos agudos da Emergência e dos pacientes com alta precoce da Internação	Ambulatório: Mesma ação do segundo Gatilho
		PAD: 1. Atuação exclusiva na Emergência e GUI para busca ativa	PAD: Mesma ação do segundo Gatilho
GUI		1. Contato com Referências das equipes para identificação de pacientes que necessitem de priorização de exames/laudo para definição de alta.	1. Discussão n Gabinete de Crise sobre estratégia para ampliação da oferta de leito clínico para Emergência (5º leito ou ocupação de leito cirúrgico)
		2. Contato com Referências das equipes para identificação de pacientes que podem ter alta com agendamento de exame ambulatorial ou cirurgia eletiva	2. Cancelamento das Cirurgias Eletivas (com exceção das oncológicas)
		3. Cancelamento de Internações eletivas clínicas (com exceção das oncológicas)	
		4. Priorização de altas pela manhã	
SADT		1. Priorizar realização/Laudagem de exames informados pela GUI e Emergência	
		2. Agendar exame ambulatorialmente para pacientes com alta precoce (informado pela GUI e Emergência)	
GERÊNCIA DE ADM GERÊNCIA DE MATERIAIS		1. Acionar equipes extras de Higienização para limpeza de leitos a serem ofertados à Emergência	Mesma ação do segundo Gatilho
		1. Priorizar transportes de transferências para Leitos de Retguardia	Mesma ação do segundo Gatilho
COMITÊ DE CRISE		1. Reunião deverá ser convocada pelo NIR para organizar e monitorar ações para redução da superlotação 2. Discutir emissão de AIH na Emergência	1. Reunião deverá ser convocada pela Diretoria para monitorar ações implementadas

Naquele período, foi criado o Comitê de Crise, formado por membros das diferentes gerências e da Diretoria, acionado por meio de um grupo de WhatsApp®, sempre que houvesse mais de 120 pacientes na Emergência. O Comitê de Crise tinha, por objetivo, reforçar ações e definir medidas que pudessem impactar em outros setores do Hospital. Também, houve a inclusão de medidas com vista a agregar o Gestor Municipal no processo, por meio da Central de Leitos e do Projeto Reunir, da SMS de Porto Alegre.

Este plano também não foi implementado na sua totalidade, visto que algumas ações eram contestadas tanto na Emergência como nas Unidades de Internação e acabavam não sendo executadas, diminuindo, assim, o impacto do plano sobre a superlotação.

2016: O TERCEIRO PLANO

Em 2016, com o fechamento dos leitos de retaguarda do Hospital Universitário de Canoas (ver Capítulo 2, do Módulo 1), a Emergência voltou a ter aumento no número de pacientes e na média de permanência, sendo necessário rediscutir as estratégias. Associado a isso, houve a troca do apoio matricial do Programa SOS Emergências, quando foi feito um novo estudo e a elaboração do Plano de Contingência – Ações e Gatilhos, em abril de 2016, o qual pode ser visualizado na Figura 3.

Figura 3: Plano de Contingência – Ações e Gatilhos, de abril de 2016
Fonte: NAQH/HNSC

AÇÕES E GATILHOS – SOS EMERGÊNCIA				
No acionamento dos gatilhos também será mensurada e avaliada a capacidade operacional e de resolutividade de cada ação frente ao momento tanto no setor de emergência quanto nas unidades de internação, além da averiguação junto ao Gabinete de Crise da utilização de ações em momentos específicos e diversos do número de pacientes na emergência.				
GERÊNCIAS/EQUI PES	64 a 119	120 à 129	Acima de 130	
Diretoria				Participação no Gabinete de Crise.
				Comunicado em caso de parecer autorizando Restrição.
				Enviar documento informando restrição para SMS, SES, SAMU Municipal, SAMU Metropolitano, CREMERS, COREN, MPRS, MPF, Centrais de Regulação Municipal e Estadual.
NIR	Monitorar a lotação da emergência.			
	Informar as Gerencias sobre as consultorias pendentes.			
	Receber pacientes provenientes da UPA na emergência (conforme critérios de transferência estabelecidos).	Redefinir Critério de disponibilização de leito priorizando a emergência. Informar a Gerencia de Administração a priorização de higienização de leitos.	Acionar Gabinete de Crise.	
			Ocupar leitos eletivos disponibilizados pela Gerência de Internação para a Emergência.	
		Programar a reinternação.	Não transferir pacientes de outras unidades hospitalares e Pronto Atendimentos.	

		Receber pacientes provenientes da UPA na emergência (conforme critérios de transferência estabelecidos) se o setor de observação estiver com > 17 pacientes e/ou > 5 pacientes na sala vermelha.	Receber apenas os pacientes provenientes da sala vermelha da UPA Zona Norte (diante de análise da capacidade da sala laranja e vermelha do HNSC).
ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO/INFORMÁTICA			Divulgar na imprensa a superlotação e restrição de atendimento.
GERÊNCIA DE INTERNAÇÃO	Monitorar o Kanban e agilizar pendências		
		Avaliar o cancelamento e cancelar cirurgias de pacientes não internados	
		Avaliar a redução e reduzir os percentuais de leitos eletivos 50%.	1. avaliar o cancelamento e cancelar internações eletivas em especialidades com menor taxa de ocupação; 2. avaliar o cancelamento e cancelar todas as internações eletivas; 3. avaliar e diagramar liberação de leitos extras pré-determinados (pacientes subindo com maca para quarto, bloqueando novas internações sucessivas na UI até a retirada das macas).
		Disponibilizar leitos eletivos para internações da emergência (via NIR).	Avaliar com o CIH a possibilidade de remanejos de leitos de isolamento para a liberação dos quartos.
		Avaliar necessidade e critérios de adequação de RH disponíveis.	Aumentar o limite de pacientes fora de área
GEPEX		Revisar o kanban	

	Emergência: Proceder a avaliação dos pacientes elencados para alta precoce e PAD. Responsáveis pelo monitoramento das ações: Dra Juliana (2 ^a , 4 ^a e 5 ^a feira) e DrPotrich (3 ^a e 6 ^a feira)	Emergência: 1. Atendimento restrito a pacientes classificados como amarelo, laranja e vermelho, sendo bloqueada pelo sistema a emissão de boletim de atendimento para pacientes azuis ou verdes;	1. Atendimento restrito a pacientes classificados como amarelo, laranja e vermelho, sendo bloqueada pelo sistema a emissão de boletim de atendimento para pacientes azuis ou verdes;
		Emergência: Os pacientes internados na sala de observação serão reavaliados 12 horas após a baixa pelo plantonista da sala.	2. Classificação de risco: Os pacientes classificados como amarelos deverão ser reclassificados (com registro no sistema) a cada hora, até o atendimento médico.
			3. Consultórios clínicos: permanecem abertos os 3 consultórios, para atendimento exclusivo de pacientes amarelos e reavaliações de retornos das últimas 12 horas.
			4. Consultório cirúrgicos: permanecem abertos os 2 consultórios, para atendimento exclusivo de pacientes amarelos e reavaliações de retornos das últimas 12 horas.
			5. Consultório ginecológico: atendimento exclusivo de pacientes amarelos e reavaliações de retornos das últimas 12 horas. Pacientes azuis e verdes serão encaminhados ao Hospital Fêmina * Será necessário o reforço da segurança (1 funcionário/turma), para garantir a tranquilidade do processo.
SADTs	Agilizar exames e laudos na internação, monitorando as pendências pelo Kanban.	Ambulatório: Disponibilizar consultas ambulatoriais para casos agudos da Emergência e dos pacientes com alta precoce do setor de emergência.	Ambulatório: Disponibilizar consultas ambulatoriais para casos agudos da Emergência e dos pacientes com alta precoce do setor de emergência.
		PAD: Atuação exclusiva na Emergência e Medicina Interna para busca ativa.	PAD: Atuação exclusiva na Emergência e Medicina Interna para busca ativa.
		Ampliação da agenda de exames de imagem para pacientes internados.	Adiar os exames ambulatoriais, priorizando pacientes internados.

		Priorizar exames informados pela GUI para giro do leito.
		Avaliar os critérios de necessidades de RH.
		Agendar exame ambulatorialmente para pacientes com alta precoce.
UPA	Receber pacientes classificados como verdes da emergência do HNSC. Limitador: Recebe até quando tiver 100 pacientes em tela aguardando consulta e/ou 8 horas de espera	
		Diante de > 7 pacientes no setor de urgência: avaliar junto à Diretoria GHC a restrição ao atendimento na UPA na sala vermelha.
GERÊNCIA DE MATERIAIS		Priorizar o transporte para exames e transferências
		Priorizar o transporte para exames e transferências e altas

2017: O QUARTO E O QUINTO PLANOS

No fim de janeiro de 2017, a lotação da Emergência chegou a 160 pacientes, para uma capacidade de 64 pessoas. Naquele dia, houve, pela primeira vez, uma restrição máxima de acesso até que houvesse a equalização do número de pacientes com a capacidade instalada. Essa medida suscitou, novamente, a necessidade de revisão do Plano de Contingência.

Houve nova revisão do plano, em fevereiro de 2017, com a subdivisão do Nível 3 em 2 estágios, estabelecendo-se a restrição de atendimento em níveis críticos e a divulgação da situação de superlotação nos meios de comunicação (orientando a população a buscar atendimento em outras instituições). Também, oportunizou-se a oferta de consultas ambulatoriais para casos agudos e com alta precoce da Emergência e a utilização eventual de um quinto leito, em alguns quartos das unidades de internação, medida que já era prevista em planos anteriores, mas não havia sido utilizada até então, por resistência das equipes especializadas. A Figura 4 demonstra a nova versão do Plano.

Figura 4: Plano de Contingência, janeiro de 2017

Fonte: NAQH/HNSC

Nível 1 50 A 64 PACIENTES		Nível 2 65 A 84 PACIENTES		Nível 3 85 A 99 PACIENTES		100 PACIENTES	
GERÊN- CIAS				Participação no Gabinete de Crise.			
				Com 85 pacientes, comunicar RESTRIÇÃO			
Diretoria				Enviar documento informando FECHAMENTO da emergência para SMS, SES, SAMU Municipal e Estadual, CREMERS, COREN, MPRS, MPF. No período de segunda a sexta das 8 horas às 18 horas: A noite, feriados e Finais de semana será responsabilidade do NIR avisar por email.			
Monitorar a lotação da emergência.							
Fornecer a Equipe de Resposta Rápida a lista de pacientes com potencial de alta precoce.							
NIR				Acionar Gabinete de Crise			
				Iniciar medidas para Restrição.		Iniciar medidas para a Restrição Máxima.	
	Receber pacientes provenientes da UPA na emergência (conforme critérios de transferência estabelecidos).		Redefinir Critério de disponibilização de leito priorizando a emergência.			A noite, feriados e finais de semana, informar, através de email, a restrição máxima de acesso à Emergência para SMS, SES, SAMU Municipal e Estadual, CREMERS, COREN, MPRS, MPF	
			Informar a coordenação da higienização a prioritização de higienização de leitos.	Ocupar leitos eletivos para pacientes da Emergência.			
			Programar a reinternação de pacientes com alta precoce para realização de procedimentos pré-agendados a posteriori.	Não transferir pacientes de outras unidades hospitalares e Pronto Atendimentos.			

	Receber pacientes provenientes da UPA na emergência (conforme critérios de transferência estabelecidos) se o setor de observação estiver com > 15 pacientes e/ou > 5 pacientes na sala vermelha enquanto a emergência tiver até 80 pacientes.	Receber apenas os pacientes provenientes da sala vermelha da UPA Zona Norte (diante de análise da capacidade da sala laranja e vermelha do HNSC):
ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO E NFORMÁTICA		Com 85 pacientes: Divulgar na imprensa a superlotação e RESTRIÇÃO DE atendimento, somente com encaminhamento do SAMU Com 100 pacientes: Divulgar na imprensa a superlotação e RESTRIÇÃO MÁXIMA DA EMERGÊNCIA. Atendimentos somente com encaminhamento do SAMU
		Agilizar as consultorias pendentes
		Monitorar o Kanban e agilizar pendências
	Avaliar o cancelamento e cancelar cirurgias de pacientes não internados. Priorizar altas da Sala de recuperação direto para domicílio. Priorizar cirurgias de pacientes internados para liberar leitos precocemente.	
GERÊNCIA DE INTERNAÇÃO	Avaliar com o NIR a redução e reduzir os percentuais de leitos eletivos 50% de acordo com cada especialidade. Disponibilizar leitos eletivos para internações da emergência (via NIR). Avaliar com o CIH a possibilidade de remanejamento de leitos de isolamento para a liberação dos quartos. Avaliar necessidade e critérios de adequação de RH disponíveis.	1. Cancelar internações eletivas ; 2. avaliar e diagramar liberação de leitos extras pré-determinados. Total de 15 leitos (pacientes subindo com maca para quarto, bloqueando novas internações subsequentes na UI até a retirada das macas). Leitos: 2º C (2023, 2024, 2025, 2026, 2027); 3ºC (3024, 3025, 3026, 3029, 3031) e 4ºC (4024, 4025, 4026, 4027, 4028). Aumentar o limite de pacientes fora de área. (Gastro - mais 6 leitos, Med. Interna - 10 leitos, Neuro - 4 leito, cardiologia - 6 leitos, Pneumo - 5 leitos, Infectologia - 5 leitos).
GEPEX		Monitorar o Kanban e agilizar pendências (coordenador da Emergência e Gerente)

Emergência: Equipe de Resposta Rápida reavaliar os pacientes elencados para alta precoce, PAD, ambulatório e pacientes que se beneficiariam da regulação oncológica feita pelo NIR.	
Emergência: É de responsabilidade do Coordenador da Emergência acompanhar a Equipe de Resposta Rápida na reavaliação dos pacientes elencados para alta precoce, PAD, ambulatório e pacientes que se beneficiariam da regulação oncológica feita pelo NIR. Emergência: É terminantemente proibido aceitar paciente de outras unidades hospitalares. Exceção: pacientes trazidos pelo SAMU.	1. Atendimento restrito a pacientes classificados como amarelo, laranja e vermelho até o limite de 100 pacientes.
	Após o estabelecimento de restrição máxima da Emergência, atender somente pacientes encaminhados pelo SAMU (Vaga Zero)
	1. Classificação de risco: Os pacientes classificados como amarelos deverão ser reclassificados (com registro no sistema) a cada hora, até o atendimento médico. 2. Consultórios clínicos: Reduzir de 3 para 2 consultórios, para atendimento exclusivo de pacientes amarelos e reavaliações de retornos das últimas 12 h. 3. Consultório cirúrgicos: Reduzir de 2 para 01 consultórios, para atendimento exclusivo de pacientes amarelos e reavaliações de retornos das últimas 12 h. 4. Consultório ginecológico: atendimento exclusivo de pacientes amarelos e reavaliações de retornos das últimas 12 horas. Pacientes azuis e verdes serão encaminhados ao HF.
	Fechar os consultórios e disponibilizar equipe para auxiliar no atendimento na sala de observação, laranja e vermelha.
	Disponibilizar profissional médico para fortalecer a equipe da UPA, e/ou outras categorias de acordo com a necessidade.

		Consultório ginecológico: Pacientes ginecológicos com indicação de internação serão transferidos para o HF. Ambulatório: Disponibilizar consultas ambulatoriais para pacientes com condições de alta precoce da Emergência . PAD: responder consultoria da Emergência e Medicina Interna Retaguarda em 24h.
SADTs		Agilizar exames e laudos na internação, monitorando as pendências pelo Kanban.
		Ampliação da agenda de exames de imagem para pacientes internados na Emergência.
		Adiar os exames ambulatoriais, priorizando pacientes internados.
		Priorizar exames informados pela GUI para giro do leito. Agendar exame ambulatorialmente para pacientes com alta precoce.
UPA		Receber pacientes classificados como verdes da emergência do HNSC.
GADM	Priorizar a higienização dos leitos conforme orientação do NIR	Será necessário o reforço da segurança (1 funcionário/turno), para garantir a tranquilidade do processo.
GERÊNCIA DE MATERIAIS		Será necessário o reforço da segurança (1 funcionário/turno), para garantir a tranquilidade do processo.
		Priorizar o transporte para exames e transferências

O quarto Plano de Contingência foi implantado e operacionalizado de forma mais plena do que os anteriores. Cada vez mais, as ações foram sendo incorporadas às rotinas das gerências e setores. A lotação da Emergência, monitorada diariamente, passou a apresentar patamares de lotação mais razoáveis.

Entre julho e agosto de 2017, uma nova versão foi realizada. Era uma versão mais ousada, pois reduzia mais os patamares de ocupação para iniciar as ações de prevenção e correção das situações de superlotação, a saber:

- Nível 1: de 0 a 42 pacientes;
- Nível 2: de 43 a 64 pacientes;
- Nível 3A: de 65 a 80 pacientes;
- Nível 3B: a partir de 80 pacientes.

No entanto, sua implantação foi inviável, pois a ocupação da Emergência oscilava entre 80 a 100 pacientes, o que fazia com que sempre se estivesse em contingenciamento máximo e, por consequência, em restrição máxima. O plano era ousado demais para a realidade local. Havia previsão para instalar outras estruturas assistenciais voltadas à Emergência, que alterariam, significativamente, os processos de trabalho. Acordou-se, então, em fazer a implantação no Plano após a abertura das unidades.

2018: O PLANO DE CAPACIDADE PLENA

O quinto plano não chegou a ser implantado plenamente, pois a criação das estruturas vinculadas à Emergência que estavam previstas e as consequentes modificações nos processos de trabalho determinaram sua necessidade de revisão. Foram elas:

- **Abril/2018:** abertura do Posto 3ºE, uma unidade de internação com 25 leitos em enfermarias, que compõe a capacidade operacional da Emergência e abriga pacientes que estavam internados na Sala Verde, com perfil definido, em protocolo de transferência.
- **Maior/2018:** abertura da Unidade de Decisão Clínica (UDC) na Emergência, uma área com capacidade de atendimento de 16 pacientes, destinada à estabilização e à investigação, com definição de encaminhamento em até 24 horas.

- **Julho/2018:** incorporação das demais unidades de Emergência do GHC à Gerência de Interunidades de Emergências do GHC, que passou a responder pela unificação de procedimentos administrativos e técnicos, com vistas a otimizar a prestação de serviços na urgência e emergência.

Diante de tais alterações estruturais e processuais, o Plano passou por nova revisão. Ao fazê-la, debateu-se sobre o fato de que a adoção de planos de contingência tinha, como objetivo inicial, a atuação em situações contingenciais, ou seja, eventuais. No entanto, a realidade da Emergência fazia com que os planos não fossem contingenciais, mas sim, rotineiros. Dessa forma, decidiu-se por fazer uma modificação conceitual dos Planos, passando-se a utilizar o termo Plano de Capacidade Plena. Também, percebeu-se que muitas das ações dos planos anteriores tinham se tornado parte da rotina dos serviços, o que tornou a nova versão mais objetiva e simplificada, em apenas 2 níveis, como se pode perceber na Figura 5. O Plano foi aprovado em setembro de 2018.

Figura 5: Plano de Capacidade Plena, setembro de 2018.

Fonte: NAQH/HNSC.

GERÊNCIAS/EQUIPES	Nível 1 De 80 a 99 pacientes	Nível 2 Acima de 100 pacientes
DIRETORIA		Autorizar a RESTRIÇÃO MÁXIMA
		Comunicação Social (orientação pela Diretoria)
		(em horário comercial) Enviar documento informando RESTRIÇÃO MÁXIMA na Emergência para SMS, SES, SAMU Municipal e Estadual, MPRS, MPF.
GIE		Após autorização da Diretoria, comunicar via grupo de whatsapp o Coordenador Médico, Coordenação de Enfermagem, Coordenação da Emergência, NIR, Coordenador do Ambulatório, Gerências e Grupo de Gestores de Contingência de POA a instalação da RESTRIÇÃO MÁXIMA na Emergência
		Fechar consultórios da Área Azul da Emergência e disponibilizar equipe para auxiliar no atendimento nas salas de observação, Laranja, Vermelha e UPA.
		Desencadear medidas para Restrição Máxima: Comunica SAMU POA e Estadual.
NIR	Avaliar a previsão de altas para o dia, demanda de leitos pela SR: leitos para programação cirúrgica e definir oferta de leitos para Emergência.	Comunicar a Gerência de Unidades de Internação a necessidade de abertura de leitos auxiliares
	Avaliar necessidade de instalar leitos auxiliares nas Unidades de Internação (quinto leito)	Disponibilizar de leitos eletivos para a Emergência e leitos cirúrgicos para ocupação por internações clínicas.
	Informar a coordenação da higienização a priorização de higienização de leitos	(noite, feriados e finais de semana) Informar a Restrição Máxima na Emergência através de e-mail para SMS, SES, SAMU Municipal e Estadual, MPRS, MPF.

	Programar a reinternação de pacientes com alta precoce para realização de procedimentos pré-agendados a posteriori, informados pela GUI e pelo EGA	Não receber transferências externas solicitados no GERINT. Exceção: pacientes trazidos pelo SAMU.
GERÊNCIA DE INTERNAÇÃO	Agilizar as consultorias pendentes	
	Monitorar o Kanban e agilizar pendências	
	Priorizar altas da Sala de recuperação direto para domicílio.	Avaliar a suspensão de cirurgias eletivas de pacientes não internados .
GADM	Priorizar cirurgias de pacientes internados para liberar leitos precocemente.	Analisar adequação de dimensionamento de pessoal e organizar a instalação de leitos auxiliares, de forma escalonada, até 15 leitos: Posto 2º C (2023,2024,2025,2026,2027); Posto 3ºC (3024,3025,3026,3029,3031) e Posto 4ºC (4024,4025,4026,4027,4028)
	Priorizar a higienização dos leitos conforme orientação do NIIR	Ampliar o número de seguranças na Emergência (2 na entrada)

O gatilho “número de pacientes internados” deve ser analisado considerando-se os fatores que interferem em sua variação, como dia da semana e perfil de paciente (cirúrgico, clínico, em isolamento, expectativa de tempo de internação, etc.), visto que estes podem determinar a redução da ocupação sem que sejam necessárias intervenções fora da rotina.

Como o monitoramento deve ser contínuo e conjunto entre as equipes envolvidas na operacionalização das ações (Coordenação do NIR, Coordenação da Emergência e gerências assistenciais), optou-se pelo uso de ferramenta de comunicação mais dinâmica (*WhatsApp®*), reduzindo a necessidade de acionar o Gabinete de Crise.

REFLEXÕES FINAIS

O enfrentamento da superlotação é uma tarefa complexa e envolve múltiplos fatores com origens distintas, alguns sob ingerência interna da instituição, outros cuja governança está a cargo da rede de assistência à saúde (RAS) em que o Hospital se insere.

Para que as ações propostas nos Planos sejam efetivas, é necessário o comprometimento dos diversos setores que integram o Hospital, colocando-se, em prática, as ações propostas no tempo correto, mesmo que representem algum grau de resistência ou desconforto em determinada equipe/setor, ainda que seja por um período de tempo determinado.

É importante salientar o papel do NIR como uma instância colegiada, que vai balizar todas essas ações, tendo o respaldo direto da Diretoria da Instituição.

Além disso, o Plano deve ser continuamente revisto e ser dinâmico, assim como é a dinâmica da Emergência e do Hospital, para que possa, efetivamente, fazer sentido e ser adotado por todos os atores envolvidos.

Independentemente do nome adotado para esse perfil de Plano, é preciso ter ciência que ele envolve mudanças de conceitos e de posturas de todos os envolvidos. Assim, promove-se, em longo prazo, uma mudança de cultura organizacional que não está isenta de resistências, ao contrário disso. Portanto, é preciso sempre clareza e transparência sobre sua necessidade e sua adoção, principalmente, porque reflete na qualidade e na segurança do cuidado prestado aos pacientes, na segurança e na saúde dos profissionais e na imagem organizacional.

PROCESSOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL E AMBULATÓRIO DE EGRESSOS COMO MEDIDA PARA AGILIZAR ALTAS

Marcos Sérgio Munari
Josiane Schneiders
Gorete Beatriz Pellisoli Machado
José Paulo Machado Junior

Em 2010, as dificuldades da Rede de Atenção e a superlotação das Emergências fizeram a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS POA), entre outras medidas, rever a política de regulação de acesso aos serviços de saúde da capital. Tal fato impulsionou o Complexo Regulador do Estado do Rio Grande do Sul à adoção de medidas semelhantes na gestão dos recursos e ao acesso à atenção especializada. Utilizando a prerrogativa de Autoridade Sanitária, os prestadores de serviço foram convocados a adequar seus processos assistenciais e de acesso ao preconizado na política de regulação.

De forma a se adequar ao demandado, em 2011, a Diretoria do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), dentre outras medidas, determinou, por meio de uma Ordem de Serviço, *“suspender as cirurgias eletivas de pacientes que não tem o número da Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE)”* e *“suspender a marcação de consulta para pacientes que não tem o número da CMCE”*, a partir de 01 de fevereiro de 2011. Essa determinação afetou, diretamente, o Ambulatório do Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC), cuja quantidade de pacientes não regulados era de em torno de 110 mil pessoas. Iniciou-se, assim, a reorganização dos processos de regulação de acesso, em conformidade ao regramento estabelecido pela SMS POA.

Após fazer um diagnóstico da situação, a equipe de gestão do Ambulatório do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) adotou como medidas: restringir o acesso às consultas ambulatoriais por vias diferentes da regulação de acesso e da abertura de prontuário para novos pacientes, redefinir o processo de regulação de consultas entre especialidades (interconsulta) e propor uma Ordem de Serviço que, entre outras determinações, categorizou as consultas ambulatoriais e normatizou o processo de interconsulta. Além dessas medidas, foi necessário implantar um núcleo de regulação ambulatorial, a exemplo do Núcleo Interno de Regulação (NIR) que havia sido implantado no Hospital, para a gestão das internações. Este capítulo apresenta a formação de tal núcleo (que, posteriormente, passou a fazer parte do NIR) e os processos de regulação ambulatorial.

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO INTERNA E EXTERNA (NURIE)

O acesso aos serviços ambulatoriais do HNSC ocorria pela Regulação da Central de Regulação de Consultas e Exames ou encaminhado da Emergência e das unidades de internação. Esse acesso era gerenciado pela Coordenação do Ambulatório e pelos atendentes dos guichês de marcação de consultas. Como não havia uma maior exigência dos gestores em saúde (municipal e estadual), o acesso era permitido a todos os pacientes que haviam tido algum atendimento no HNSC a qualquer tempo e aos pacientes das unidades de saúde da atenção primária, pertencentes ao GHC.

Em 2011, a equipe de gestão do Ambulatório do HNSC fez uma visita ao Ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que possuía um núcleo regulador. No mesmo ano, no HNSC, foi criado o Núcleo de Regulação Interna e Externa (NURIE), com o propósito de gerenciar a regulação de acesso dos pacientes às consultas ambulatoriais, tendo a experiência do HCPA como inspiração, mas de forma adaptada às necessidades do HNSC.

Para a definição do processo de trabalho no NURIE, foi feita revisão dos processos assistenciais do Ambulatório e dos recursos disponíveis GHC. Foram desenvolvidos fluxos, rotinas e protocolos baseados na legislação do SUS, no regimento e nos fluxos da Rede de Saúde Municipal e Estadual. Assim, o regimento do NURIE e as atribuições do núcleo e de cada membro seu foram definidas.

Os processos iniciais de trabalho do NURIE consistiram em: regulação do paciente egresso da Emergência e das unidades de internação; regulação das interconsultas; divulgação da necessidade da regulação dos pacientes não regulados em atendimento no HNSC; regulação oncológica e organização e promoção de alta ambulatorial. Com o passar do tempo, foram acrescentadas as regulações das internações e das cirurgias de pacientes não regulados, das linhas de cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC), do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), da Urologia Litíase pós-emergência e do egresso da internação.

PROCESSOS DE TRABALHO DO NURIE

Os processos de trabalho do NURIE referem-se à regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas no Ambulatório de Especialidades e às altas do Ambulatório de Especialidades. A regulação do acesso pode ser classificada em processos de regulação interna e de regulação externa.

A Regulação Interna refere-se à regulação de acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares de pacientes que não envolva a avaliação da Central de Regulação Municipal ou Estadual. Esse processo é dependente da construção interna de fluxos, rotinas e pactuações que normatizem e viabilizem o acesso, contemplando, também, o regramento do Gestor de Saúde. Também, é necessário um processo de convencimento da equipe assistencial para o atendimento da necessidade do processo, entendimento do sistema de saúde e da forma como acontece a regulação. Com os processos internos, foram reestruturadas as regulações das interconsultas, internações, cirurgias e procedimentos especiais e dos egressos.

Por sua vez, a Regulação Externa compreende todo o processo de regulação de acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares, que envolve a avaliação da Central de Regulação Municipal ou Estadual. Os processos de regulação externa realizados pelo núcleo compreendem: regulação ambulatorial do paciente oncológico, regulação da Linha de Cuidado da Urologia Litíase Renal Pós-Emergência, regulação da Reabilitação Auditiva e Visual, regulação das Linhas de Cuidado do AVC e Dor Torácica/IAM, regulação da Linha do Egresso da Emergência e Internação e regularização do acesso ao atendimento ambulatorial. A seguir, são apresentados os processos de regulação individualmente.

Regulação (interna) da interconsulta

A interconsulta é uma modalidade de consulta destinada a atender as necessidades de complementação diagnóstica e/ou terapêutica, nos Ambulatórios do HNSC e das outras unidades do GHC, encaminhados por especialistas desses ambulatórios a outras especialidades. Essa categoria é dividida em consulta com seguimento e consulta para avaliação. Por tratar-se do encaminhamento entre serviços do mesmo ponto de atenção da rede de saúde e do mesmo prestador, a regulação é de responsabilidade do prestador do serviço, ou seja, do próprio HNSC.

Até 2011, a regulação das interconsultas no HNSC era desenvolvida por um único médico do Serviço de Medicina Interna, que avaliava as solicitações de consultas agendadas. O processo constituía-se em marcar consulta com o médico regulador, o qual deliberava a partir de duas opções: agendamento de consulta conforme solicitado ou encaminhamento do paciente à sua unidade de saúde de referência. Tal processo mostrou-se ineficiente. O tempo de regulação estendia-se de três a seis meses, visto que dependia da disponibilidade de agenda do regulador e da especialidade. Por ser insuficiente,

propiciava acordos entre algumas equipes, permitindo o livre trânsito dos pacientes entre algumas especialidades, em que muitas não tinham justificativa plausível em relação às regras da regulação.

Em 2013, foi pactuada, com a SMS POA, a possibilidade de interconsultas entre os ambulatórios dos hospitais do GHC, uma vez que o contrato entre os dois atores previa a garantia da integralidade do atendimento aos pacientes regulados. Assim, a interconsulta não precisaria de uma nova regulação. Assim, o HNSC passou a receber solicitações de interconsulta dos demais hospitais do GHC, as quais eram submetidas ao processo de avaliação e regulação do NURIE.

Diante de tal cenário, somado ao regramento estabelecido pelo serviço de faturamento do GHC e dos gestores de saúde, era necessário um processo mais ágil que assegurasse o acesso equânime às interconsultas. O novo processo passou a utilizar a revisão do prontuário eletrônico do paciente, e a tomada de decisão passou a ser coletiva, com uma avaliação administrativa feita pelo enfermeiro ou profissional administrativo do NURIE, e uma avaliação técnica, feita pelo médico regulador ou pelo enfermeiro do núcleo.

O processo é disparado por um formulário de “solicitação de interconsulta”, preenchido pelo médico assistente, que orienta o paciente a entregá-lo nos guichês do Ambulatório. Nesse local, os funcionários administrativos verificam se o paciente já consulta na especialidade solicitada. Se já consulta, orientam a marcação da consulta. Caso contrário, encaminham o formulário para avaliação do NURIE e entregam um comprovante de recebimento da solicitação ao paciente, explicando o processo regulatório. A solicitação é analisada pelo médico avaliador, que regula o agendamento da consulta ou faz encaminhamento à atenção primária, ou, ainda, determina retorno ao médico solicitante (caso não haja registros e justificativas da solicitação no prontuário). As solicitações deferidas são encaminhadas para a marcação das consultas e a orientação ao paciente é realizada pela equipe do Ambulatório. As solicitações indeferidas são arquivadas e o paciente é orientado, por telefone, a encaminhar a consulta pela atenção primária.

A partir de 2015, foi iniciado o processo de avaliação coletiva, que tinha como objetivo qualificar a tomada de decisão. Essa avaliação administrativa do prontuário busca identificar quais as especialidades reguladas para o paciente em análise; se existem outros prontuários para o mesmo paciente; e se a solicitação atende o requisito administrativo (paciente regulado para especialidade solicitante ou especialidade relacionada ao tratamento proposto). Tal processo assegura a continuidade do atendimento do paciente (caso ele precise internar ou

ser submetido a procedimento de alta complexidade) e o faturamento do atendimento oferecido, conforme pactuações e legislação do SUS.

A avaliação técnica visa garantir o atendimento conforme o estado de saúde do paciente, o acesso ao local certo, no momento certo, utilizando-se o recurso certo no tempo mais adequado. Para tanto, busca-se informações do estado de saúde do paciente e a relação da doença em tratamento com a especialidade solicitada. Essa relação foi subdividida em quatro requisitos: 1) tratamento de co-morbidade da doença tratada pelo profissional solicitante; 2) tratamento de sequela da doença ou tratamento oferecido pelo solicitante; 3) a especialidade solicitada é necessária para complementar o tratamento ofertado pelo especialista solicitante; 4) a especialidade solicitada é necessária para tratamento de outras patologias que impedem o seguimento da terapia adotada pelo especialista solicitante.

Autorizada a marcação da interconsulta, o profissional administrativo do Ambulatório faz o agendamento no sistema de informações do GHC e migra o número de protocolo de regulação (CMCE) para a nova especialidade. Esse processo é necessário para evitar agendamento de atendimentos/procedimentos que não estão regulados.

Após a unificação do NURIE com o NIR, em 2017, o processo de trabalho foi compartilhado. Ao Ambulatório, ficou a responsabilidade de receber as solicitações, marcar as consultas e dar informações sobre agendamento. O NIR ficou responsável pela avaliação das solicitações, pelo registro dos dados, pela regulação externa e pelos encaminhamentos aos Postos de Saúde. A unificação do processo reduziu o tempo de espera da avaliação de cinco para dois dias. Quanto ao tempo de agendamento, ainda depende-se da disponibilidade de agenda de cada especialidade, específica para interconsulta, mas o tempo entre a decisão do NURIE e a marcação da consulta é de 10 a 30 dias, podendo, em casos excepcionais, chegar a 45 dias.

Quando foi iniciado o processo de regulação das interconsultas, a demanda era de 150 solicitações por mês (1.800 por ano). Atualmente, a média é de 615 solicitações por mês (expectativa de 7.380 no ano vigente), e aproximadamente 52% das solicitações são agendadas no próprio Ambulatório do HNHC.

Regulação (interna) de internações, cirurgias e procedimentos especiais eletivos

Com a nova política de regulação, em 2011, o GHC tomou medidas restritivas quanto ao atendimento eletivo para pacientes não

regulados. Em 2013, definiu-se que as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) eletivas só seriam emitidas para pacientes que possuíssem CMCE e haviam consultado no Ambulatório nos últimos seis meses. Os casos especiais seriam avaliados em um nível mais alto de gestão. Dessa forma, os Laudos de Autorização de Internação Eletivas, avisos de cirurgias e laudos de autorização de procedimentos especiais (APAC) para pacientes não regulados poderiam ser realizados apenas de forma manual. Depois de recepcionados na Central de Leitos e Internação ou no Bloco Cirúrgico do Hospital, sofreriam avaliação do NURIE.

Foi acordado, com a Diretoria, que seria considerado regulado: paciente que tivesse número de regulação da CMCE com ingresso na especialidade anterior ao ano de início da regulação via CMCE em Porto Alegre/RS (2004); pacientes encaminhados por interconsulta; pacientes regulados, mas com número de CMCE não registrados no prontuário; e pacientes egressos da internação que necessitassem finalizar o tratamento iniciado em internação via Emergência do Hospital.

A conduta tomada dependia da situação do paciente frente a seu histórico de atendimento no prontuário. Ao avaliar os documentos, procurava-se identificar: todos os prontuários do paciente; as regulações presentes nesses prontuários; as regulações na lista de pacientes regulados disponibilizada pelo Gestor de Saúde; a data de início do atendimento na especialidade em questão e se havia continuidade no tratamento; se o paciente havia consultado nos últimos seis meses com a especialidade; e se o tratamento proposto concluía outro ofertado em internação anterior. Determinado um desfecho com o médico do núcleo e/ou gerente, o paciente era contatado e informado do procedimento. Em alguns casos, o núcleo solicitava a regulação para especialidades autorizadas pelo Gestor de Saúde, como as Linhas de AVC, IAM, Urologia Litíase Renal Pós-emergência e Oncologia.

Com a unificação do NURIE com o NIR, essa atividade foi transferida para o NIR e, com a implantação do Sistema de Regulação de Internações (GERINT) da SMS POA, em 2016, tal demanda reduziu muito. Em 2017, a demanda média foi de 82 regulações por mês. Em 2018, passou a 24 regulações mensais. Atualmente, os casos avaliados são de pacientes regulados por interconsulta, cujo número do CMCE não foi migrado ou pacientes funcionários do GHC que acessaram o Ambulatório pelo serviço de Saúde do Trabalhador do GHC. No futuro, a tendência é que essa atividade seja extinta frente ao processo de regulação dos egressos da Emergência e da Internação, que foi alterado em 2017, bem como à habilitação do NIR para regular os pacientes com ingresso anterior a 2010.

Regulação (interna e externa) do egresso da Emergência e da Internação

A “regulação do egresso” é uma modalidade de consulta, destinada a atender pacientes com necessidade de atendimento ambulatorial especializado de média ou alta complexidades, após alta de uma unidade de internação ou da Emergência, na especialidade da internação, do HNSC e das demais unidades do GHC.

Essa regulação tem duas etapas: a primeira é interna, em que o processo é gerido pelo Ambulatório para que o paciente possa ser acompanhado no que se refere à alta recente. A segunda é a externa e gerida de forma compartilhada entre o Ambulatório e o NIR, para que o paciente possa ter seguimento de seu atendimento, de forma regulada pelas Centrais de Regulação. Essas etapas serão descritas, separadamente, a seguir.

Regulação interna do egresso da Emergência e da Internação

Inicialmente, a “regulação do egresso” foi elaborada para gerenciar o acesso do paciente atendido na Emergência sem indicação de internação, nas possíveis condições: com prescrição de tratamento e necessidade de revisão no Ambulatório; com sintomatologia de tuberculose pulmonar; e de paciente pós-internação aguda e sem regulação para sua especialidade.

Até 2011, não havia restrição para consulta com as especialidades no Ambulatório, o que gerou grande demanda. Assim, foram definidos critérios para agendamento. Para os pacientes egressos da Emergência, foi permitido o acesso ao Ambulatório de Medicina Interna, Pneumologia e Cardiologia. Para consulta na Medicina Interna, os critérios eram: necessidade de revisão no término do tratamento ou término de investigação iniciada no atendimento da Emergência. Para a Pneumologia, os critérios eram: suspeita de tuberculose, finalização da investigação iniciada na Emergência e realização de encaminhamentos para o tratamento. Após dois meses do início, foram suspensas as consultas com a Cardiologia, pois a demanda gerada era muito superior à capacidade de atendimento e havia facilidade de acesso via Atenção Primária. Para os egressos das unidades de internação, adotou-se, como critério, a marcação de consulta de revisão exclusivamente para a especialidade responsável pela internação e para aquelas que realizaram procedimento invasivo durante a internação.

Foi criado um formulário próprio a ser preenchido pelo médico da Emergência, solicitando uma das especialidades pactuadas e encaminhando o paciente à Coordenação do Ambulatório para agendamento. Para o paciente egresso da internação, o núcleo avaliava a Nota de Alta do paciente, constante no prontuário eletrônico. As solicitações eram avaliadas pelo NURIE, que definia ou pela marcação da consulta ou por encaminhamento do paciente à sua unidade de saúde de referência.

Em 2013, foi criado um grupo de trabalho com os representantes de todas as especialidades do Ambulatório para uniformizar as condutas, adaptando-se às peculiaridades de cada especialidade. Foi criada a seguinte proposta: a) informatização de todo o processo de regulação da interconsulta; b) informatização do processo de marcação de consulta e encaminhamento para regulação do paciente egresso, programando o sistema para permitir o máximo de três consultas; c) regulamentação da assistência ambulatorial especializada aos funcionários do GHC, permitindo cirurgias e internações reguladas; d) regramento para regularização dos pacientes não regulados em acompanhamento no Ambulatório, estimulando e orientando a regulação, bem como limitando a marcação de mais três consultas, a partir de uma data a ser estipulada. Desse projeto, foi implementada a informatização do processo de marcação de consulta do egresso, em julho de 2017, com a implantação do GERINT.

Em 2017, considerando-se a dificuldade de girar os leitos da Medicina Interna e a superlotação da Emergência, foi necessário criar um fluxo para agilizar a alta dos pacientes internados. Em acordo entre GHC e SMS POA, definiu-se que os pacientes egressos da internação poderão ter acompanhamento ambulatorial de até três consultas, exclusivamente na especialidade que o atendeu na hospitalização, em um período máximo de até nove meses a contar da data da alta.

Para operacionalizar essa definição, o Ambulatório do HNSC e a equipe da Medicina Interna criaram a Linha de Cuidado Emergência-Medicina Interna, direcionando esses pacientes ao atendimento com os residentes médicos da especialidade. No prazo das três consultas, o profissional da Medicina Interna avalia a conduta para o paciente, que poderá ser alta do Ambulatório ou solicitação da regulação de acesso aos pacientes que necessitam de acompanhamento com um especialista. Neste caso, o profissional encaminha evolução do paciente, à Coordenação do Ambulatório, que inclui a solicitação de regulação de acesso por meio do Sistema de Gerenciamento de Consultas da SMS POA (GERCON).

Esse fluxo possibilita a alta do paciente das unidades de internação ou da Emergência, ao garantir a continuidade do atendimento, por meio de consulta agendada em curto prazo. Também, dá mais segurança ao médico de que o paciente não ficará desassistido. Desde seu início, em maio de 2017 até julho de 2018, foram feitas 552 consultas no Ambulatório, o que equivale a uma média de 37 pacientes por mês.

Regulação externa da Linha do Egresso da Emergência e Internação

Esta regulação foi pactuada com o Gestor Municipal de Saúde como medida de redução da superlotação da Emergência do HNSC. Propicia regular os pacientes que foram internados ou atendidos na Emergência em um período inferior a 30 dias e com necessidade de seguimento ambulatorial para finalizar investigação ou tratamento. Além disso, foi pactuada a inclusão de pacientes em condições de alta aguardando procedimento para finalizar o tratamento iniciado, sem agenda em curto espaço de tempo ou tratamento que poderá finalizar em caráter de hospital-dia.

A regulação do egresso sofre o mesmo processo das demais linhas, podendo o paciente ser regulado ou não. Para o regulado, é marcada a consulta e programado o seguimento do atendimento com a equipe. Os demais recebem alta e são orientados a procurar sua unidade de saúde de referência.

Esse processo foi transferido ao NIR, em março de 2017, e é compartilhado com a Coordenação do Ambulatório, podendo a solicitação de regulação ser realizada por ambos. O NIR realiza a solicitação a partir de consultoria explicando a necessidade de regulação. O enfermeiro do NIR avalia a solicitação, registra no sistema GERCON e controla o agendamento. O agendamento é realizado em uma agenda virtual disponibilizada pelo Ambulatório do HNSC e, por esse motivo, a consulta é remarcada de acordo com as datas disponíveis na agenda do médico responsável.

Marcada a consulta, o enfermeiro do NIR encaminha um comprovante, com número do CMCE, à Coordenação do Ambulatório, para registro no prontuário do paciente e marcação da consulta na agenda médica. Então, o paciente é contatado e informado sobre a consulta. Após, é concluída a consultoria com o registro das informações da regulação.

A demanda atendida pelo NIR, entre março de 2017 a setembro de 2018, foi de 51 solicitações. A demanda do NIR ainda é pequena. Contudo, esse processo tem colaborado na desocupação precoce de leitos e no seguimento adequado às necessidades do paciente.

Regulação (externa) ambulatorial do paciente oncológico

Até 2011, a regulação oncológica era realizada pelos profissionais administrativos do Ambulatório de Oncologia do HNSC. Esse processo era iniciado pela entrega da solicitação médica no guichê do Serviço de Oncologia, que marcava a consulta e, depois, solicitava a regulação via telefone (DISK ONCO), à Central de Regulação de Porto Alegre. Em 2011, após o processo ser destinado ao NURIE e conforme determinação do Gestor Público de Saúde, o agendamento de consultas no Ambulatório de Oncologia e a regulação (via DISK ONCO) foram destinados apenas aos pacientes com internação recente no Hospital. Os pacientes egressos da Emergência e de outros locais eram avaliados pela equipe do núcleo. No ano seguinte, a marcação passou a ser realizada após a regulação do paciente pelas Centrais de Regulação, exceto para os casos com abordagem cirúrgica durante a internação. Em 2013, com a Resolução nº 108/13 da Comissão Intergestores Bipartite do RS (CIB/RS), foram estabelecidas as referências para atendimento ao paciente oncológico.

Em junho de 2015, o NIR assumiu todo o processo de solicitação de regulação oncológica. Tal processo está descrito, em capítulo específico do Módulo 3, deste livro.

Regulação (externa) da Linha da Urologia Litíase Renal Pós-Emergência

A Linha da Urologia Litíase Renal Pós-Emergência foi criada a partir da demanda de pacientes com litíase renal obstrutiva ou com risco de obstrução, atendidos na Emergência do HNSC ou internados e submetidos a procedimento de desobstrução, nos últimos 30 dias da data da solicitação de regulação. Esses requisitos foram alterados em 2016, permanecendo apenas os pacientes internados e submetidos a procedimentos de desobstrução.

Essa alternativa de regulação foi pactuada, no final de 2013, com a Central de Regulação Municipal, procurando dar continuidade ao atendimento iniciado e minimizar riscos de lesões definitivas. Para viabilizar o processo, foi disponibilizada uma agenda de consultas de Urologia à Central de Regulação. O Hospital deveria selecionar os pacientes e solicitar sua regulação.

Nesses casos, o paciente comparecia à Coordenação do Ambulatório do HNSC e entregava o Boletim do Atendimento da

Emergência e/ou a Nota de Alta da Internação, com indicação de seguimento do tratamento. O NURIE avaliava o caso e solicitava a regulação via telefone. Quando a consulta era agendada, o paciente era informado. Se a solicitação fosse indeferida, o paciente era orientado a procurar sua unidade de saúde de referência, com os documentos fornecidos, para providenciar a regulação.

Em 2016, a Coordenação da Central de Regulação Municipal alterou os requisitos, permitindo a regulação apenas aos pacientes internados e submetidos a procedimentos de desobstrução. Dessa forma, a solicitação passou a ser apenas por Nota de Alta. Com a unificação do NURIE e do NIR, foi acordado com os serviços que, internamente, a solicitação fosse por consultoria via sistema de informações.

Em dezembro de 2017, a Central de Regulação de Consultas e Exames comunicou que as agendas exclusivas (linhas de cuidado: dor torácica, onco retaguarda, AVC/AIT, uro litíase renal pós-emergência) seriam extintas, devendo-se registrar as solicitações na agenda de regularização de acesso. No HNSC, foi preciso adaptar o processo, sendo necessário o contato com o Ambulatório para marcar consulta na agenda da Urologia. Com a redução dos requisitos de inclusão, essa demanda foi reduzida em 50% (de 16 para 8 em solicitações/mês, o que resultou em um quantitativo de 62 solicitações em 2017 e 40 até setembro de 2018). Essa redução foi gerada pela alteração da abrangência da linha e pela melhoria do processo de regulação do Gestor de Saúde, que reduziu o tempo de espera para algumas especialidades e, portanto, reduziu o acesso do eletivo pelas emergências.

Regulação (externa) da Reabilitação Auditiva e Visual

Em 2015, a SMS POA reformulou o processo de regulação da Reabilitação Auditiva e Visual, destinando a solicitação de regulação aos hospitais. Anteriormente, os pacientes com perda auditiva eram encaminhados com documento de referência e contra-referência preenchido pelo médico otorrinolaringologista ou pelo fonoaudiólogo do Ambulatório do HNSC ao Centro de Saúde IAPI (local que centralizava este tipo de regulação), e os pacientes da Reabilitação Visual eram encaminhados, à sua unidade de saúde, com a solicitação de reabilitação para que ali fosse providenciada sua regulação.

Os requisitos para inclusão do paciente neste processo de regulação são o acesso regulado para esses serviços e a residência em Porto Alegre. É possível incluir pacientes cuja perda auditiva e/ou visual foi causada por tratamento prescrito na instituição

solicitante, conforme pactuação entre o NURIE e a Coordenação da Regulação Municipal. Em 2016, foram acrescentados, aos requisitos, os pacientes em atendimento no programa de nascidos no HNSC e aqueles com acesso ao programa, mas sem regulação. Para paciente em situação diferente do fluxo, o encaminhamento é pela unidade de saúde de referência.

O processo de regulação da reabilitação auditiva e visual era realizado por interconsulta após indicação do Otorrinolaringologista ou Oftalmologista. Com a implantação do GERCON, a solicitação foi transferida para o sistema, ficando a recepção da solicitação e a orientação ao paciente como uma responsabilidade do Ambulatório.

Desde o início desse processo de regulação até setembro de 2018, o NURIE avaliou 260 situações.

Regulação (externa) das Linhas de Cuidado do AVC e Dor Torácica/IAM

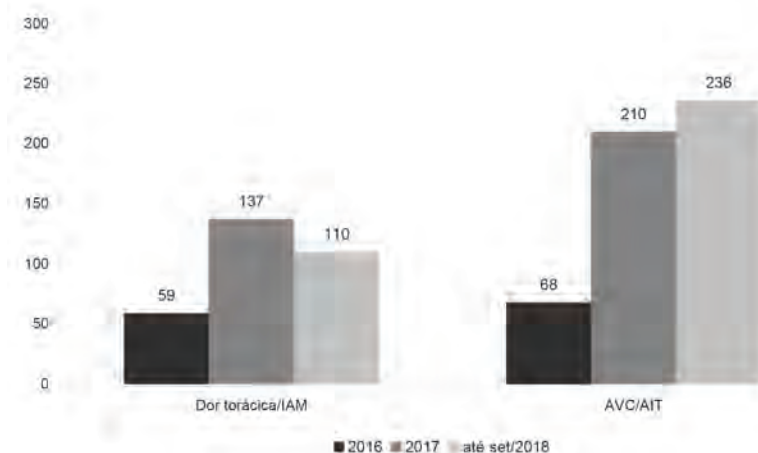
Em 2015, com a Implantação das Linhas do Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e da Dor Torácica/IAM pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), bem como a habilitação do HNSC e HCR como integrantes dessas linhas, o Ambulatório do HNSC disponibilizou consultas dos Serviços de Neurologia e Cardiologia para seguimento do tratamento pós-internação na Instituição. Os requisitos necessários para segmento na Linha são: a) internação por evento de AVC/AIT, IAM ou Dor Torácica de origem cardíaca; b) internação para as especialidades de Cardiologia, Neurologia e Medicina Interna, sem regulação; paciente residente em município cuja referência para seguimento ambulatorial é dos prestadores em Porto Alegre (CIB 246/13).

O paciente comparece ao Ambulatório com a nota de alta e é encaminhado ao NIR, onde o enfermeiro solicita consulta via sistema GERCON. Após a marcação da consulta, o NIR entra em contato com o paciente, informando sobre a regulação. Caso o paciente não esteja dentro dos critérios acima descritos, ele é orientado a procurar sua unidade de saúde de referência para os devidos encaminhamentos.

O Gráfico 1 demonstra a demanda de solicitações feitas às Linhas de Cuidado da Dor Torácica/IAM e do AVC/AIT, de 2016 a setembro de 2018.

Gráfico 1: solicitações feitas para regulação das Linhas de Cuidado da Dor Torácica/ IAM e do AVC/AIT, 2016 a 2018

Fonte: elaborado pelos autores



Regularização (externa) do acesso ao atendimento ambulatorial

A regularização do acesso ao atendimento ambulatorial foi implantada pela Central de Regulação de Consultas e Exames e divulgada pelo Ofício Circular 03/2017/CMCE/SMS, de dezembro de 2017, cujo texto informava a criação e implantação dos sistemas GERINT e GERCON. Assim, anunciou-se a impossibilidade de solicitação de internações eletivas sem número de CMCE e a criação da agenda de Regularização de Acesso. Essa agenda serviria para a inclusão de pacientes com vínculo antigo que permanecessem consultando nos ambulatórios hospitalares com registro de retorno e de pacientes egressos da internação que já haviam realizado as três consultas de retorno permitidas sem regulação e que necessitassem permanecer vinculados aos hospitais.

Para cumprir tal determinação, o GHC, por meio da Instrução Normativa nº 25/17, limitou a solicitação de regularização de acesso aos pacientes com ingresso anterior à regulação (2010), com seguimento regular no Ambulatório do HNCS e necessidade de internação ou procedimento eletivo. Contemplou, também, os egressos de internação e de casos identificados na solicitação de interconsulta.

No início do processo, a solicitação era encaminhada, por e-mail, à Central de Regulação Municipal, com os documentos comprobatórios do atendimento do paciente, na especialidade em regularização

(resumo do histórico de atendimento do paciente, exames, Nota de Alta, evoluções de consultas). Essa regularização era confirmada em resposta do e-mail. Com a implantação do GERCON, o processo foi substituído. As solicitações de regulação são direcionadas ao NIR, que faz o cadastramento da solicitação.

De maio de 2017 a setembro de 2018, foram feitas 173 regularizações, sendo 51% de Porto Alegre e 49% do interior do RS. Todas as solicitações de pacientes de Porto Alegre e 89,3% das solicitações de pacientes do interior foram regularizadas. Os dados mostram que, apesar desse processo envolver apenas a regulação municipal, os residentes no interior do Estado também foram contemplados.

PROCESSO DE ALTA AMBULATORIAL

O processo de incentivo à alta ambulatorial foi intensificado a partir de 2011, quando um diagnóstico do processo assistencial do Ambulatório do HNSC foi realizado pela equipe de gestão. Naquele momento, após uma análise dos indicadores, identificou-se uma demanda acima da capacidade de atendimento de algumas especialidades, absenteísmo elevado e um grande número de consultas extras. Além disso, havia pacientes com doença estável em seguimento longo no Ambulatório e que poderiam realizar o acompanhamento na Rede Primária de Saúde e, também, havia um percentual de alta ambulatorial em torno de 3%.

Diante do panorama, era necessário criar um plano de estímulo à alta ambulatorial, na tentativa de resolver ou minimizar os problemas identificados, bem como propiciar o acesso de um número maior de pacientes aguardando em fila de espera na regulação.

Dentre as estratégias utilizadas para incentivo à alta ambulatorial, foram feitas reuniões de colegiado de gestão e com a equipe de coordenadores das especialidades, além de orientações individuais com os profissionais do Ambulatório. Estabeleceu-se o aumento do percentual de alta como meta a partir de 2014 em diante. Salienta-se que, pela contratualização do GHC com o gestor municipal, a meta de altas ambulatoriais é de 5%.

O processo educativo e de convencimento foi importante, mas as melhoras na regulação de acesso via Central de Regulação colaboraram no convencimento das equipes, visto que, se necessário, o paciente consegue retornar com maior rapidez.

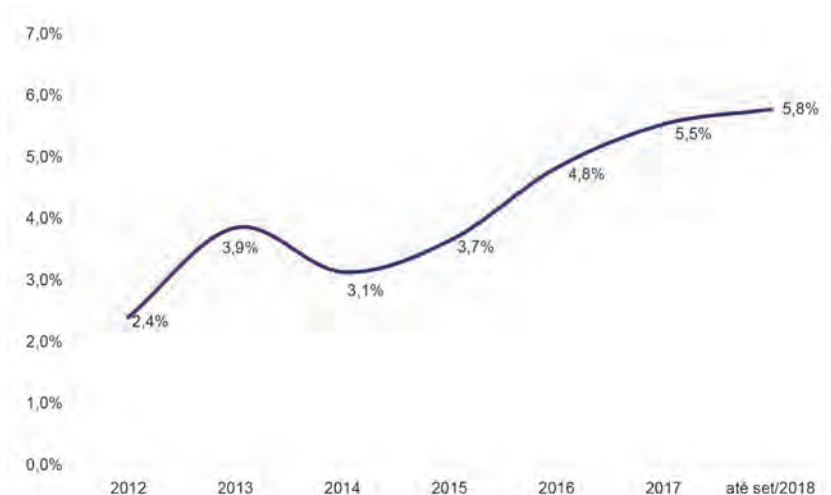
Outro fator importante é a renovação dos quadros funcionais dos serviços, que gerou um significativo reflexo nas taxas por serviço, o

que demonstra que a educação sobre o sistema de saúde colabora no entendimento da função de cada um no cuidado integral ao usuário.

Os resultados são monitorados em termos gerais e por especialidades. O Gráfico 2 mostra a evolução dos percentuais de altas ambulatoriais, de 2012 a 2018.

Gráfico 2: evolução das altas ambulatoriais, de 2012 a 2018

Fonte: elaborado pelos autores



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A retomada da regulação e o controle efetivo do acesso aos serviços de saúde pelo usuário do Sistema Único de Saúde levaram as equipes envolvidas a discutirem os novos regimentos e sistemas de informação. Com isso, foi necessário, aos gestores dos serviços, adotar medidas conciliadoras, de convencimento e educativas, além da construção de processos internos que garantissem atender as necessidades dos usuários, respeitassem as prerrogativas assistenciais e cumprissem a legislação vigente. Coube, à gestão do Ambulatório e, posteriormente, do NURIE e do NIR, manter a convicção na implantação do processo de regulação, buscar aperfeiçoamento da equipe gestora sobre regulação e a importância desse processo ao acesso equânime dos usuários e à estrutura da Rede de Atenção à Saúde.

Para o usuário, é fundamental promover a educação sobre o funcionamento do sistema, reforçar a importância da atenção primária na assistência à sua saúde, transmitir segurança nas orientações e igualdade nas condutas da equipe no atendimento. Para a reconstrução dos processos internos de regulação, foi importante conhecer a realidade de cada serviço para garantir a manutenção da assistência ao usuário em atendimento. Tal estratégia proporcionou maior segurança à equipe médica e credibilidade dos processos de regulação implantados.

As novas exigências nos processos regulatórios exigiram, dos gestores públicos de saúde, uma maior organização da rede de saúde, para que fosse possível atender a demanda, que antes era desconhecida por eles. Com isso, houve melhorias nessa rede, organização da sua gestão, aperfeiçoamento no processo de regulação das centrais reguladoras, redução das filas e, sobretudo, mais agilidade no acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Diante do exposto, tem-se a convicção de que a regulação é fundamental para o aperfeiçoamento da equipe, para a educação do usuário e da equipe assistencial e para o aperfeiçoamento dos fluxos regulatórios, de forma a dar segurança assistencial ao profissional da saúde e ao usuário. Sabe-se que esse processo é dinâmico e que surgem desafios diários e que, por isso, deve-se perseverar na busca pelo aperfeiçoamento dos processos internos e externos para uma assistência mais eficiente.

REFERÊNCIAS

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Livro 10** – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro10.pdf. Acesso em 12/10/18.

GHC. Superintendência do GHC. **ORDEM DE SERVIÇO nº 01/11, de 31 de janeiro de 2011**. Normas para assistências hospitalar no GHC. GHC- DIRET.132/11. Porto Alegre, 2011.

GHC. Superintendência do GHC. **ORDEM DE SERVIÇO nº 08/11, de 13 de dezembro de 2011**. Estabelece requisitos para regulação, execução e faturamento no atendimento hospitalar no GHC. GHC-DIRET.1836/11. Porto Alegre, 2011.

Memorando HNSC-GEPEX 036/13, de 25 de março de 2013 – Normas para regulação interna de internações e cirurgias eletivas de pacientes do HNSC não regulados. Porto Alegre, 2013.

Ofício 048/2013 – GRSS/SMS – Regulações para Grupo Hospitalar Conceição – Interconsulta. Grupo de Regulação dos Serviços de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Ofício Circular 03/2017/CMCE/SMS/ POA. Informou a criação da Agenda de REGULARIZAÇÃO DO ACESSO para pacientes do HNSC. Central de Regulação de Consultas e Exames, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2017.

Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.559 DE 1º DE AGOSTO DE 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html Acesso em 10/10/18.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Resolução da CIB nº 108/13, de 11 de abril de 2013**. Estabelece referências regionais para Alta Complexidade para Oncologia. Comissão Intergestores Bipartite/RS. Porto Alegre, Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170251/23105147-1366219550-cibr108-13.pdf>. Acesso em 12/10/18.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Resolução da CIB 246/13, de 24 de junho de 2013**. Aprova as referências para a linha de cuidados dos leitos de AVC da Região Macro Metropolitana conforme Anexo desta Resolução. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170253/23105310-1373640791-cibr246-13.pdf>. Acesso em 12/10/18.

REGULAÇÃO ONCOLÓGICA COMO ESTRATÉGIA PARA GARANTIR O ATENDIMENTO ONCOLÓGICO E PROMOVER AGILIDADE DE ALTAS HOSPITALARES

Viviane de Freitas Domingues Santander
Fábio Dias Misturini
Carlos Eduardo Antoniete de Souza

Em 2012, o Governo Federal emitiu a Lei nº 12.732/2012 (BRASIL, 2012), que dispunha sobre o primeiro atendimento a pacientes com neoplasia maligna no SUS e estabeleceu o prazo para o início do tratamento a partir do diagnóstico firmado ou da necessidade terapêutica. A Lei foi mais bem detalhada por meio da Portaria MS/GM nº 876/2013 (BRASIL, 2013), que incluiu o início de tratamento em cuidados paliativos e as situações em que o prazo não era aplicável, bem com as atribuições de cada esfera de gestão e dos laboratórios do SUS.

Por um lado, a Emergência do HNSC, historicamente, recebe muitos pacientes com perfil oncológico, seja por suspeita de neoplasia (gerando uma perspectiva de diagnóstico, estadiamento e início de tratamento), seja por complicações decorrentes da doença ou do tratamento ou, ainda, em situação de terminalidade. Muitos desses pacientes eram internados na Emergência e ficavam aguardando por leito de internação.

Por outro lado, as internações de pacientes oncológicos tinham duração mais longa, principalmente, nos casos em que era preciso estabelecer o diagnóstico e o estadiamento. De forma a garantir que o paciente tivesse acesso aos exames e ao tratamento, as equipes mantinham muitos pacientes internados, mesmo que eles estivessem em condições clínicas para a alta.

Até maio de 2015, a regulação oncológica dos pacientes que internavam no HNSC era solicitada pelo Ambulatório de Especialidades do Hospital, em seu próprio núcleo regulatório, o chamado de NURIE, que, posteriormente, foi incorporado ao Núcleo Interno de Regulação (NIR). Em maio de 2015, a regulação oncológica foi incorporada ao NIR, com dois focos principais: a) nas internações via Emergência e b) na regulação de pacientes em condições de alta hospitalar.

No primeiro foco, percebeu-se a necessidade de se estabelecer uma estratégia para que os pacientes que estavam sendo internados via Emergência por uma suspeita e/ou um diagnóstico de neoplasia em que não houvesse necessidade de internação de urgência,

após avaliação médica, fossem devidamente regulados para a especialidade oncológica ambulatorial, para dar seguimento à investigação, ao diagnóstico e à sequência ao seu tratamento.

No segundo foco, o da regulação dos pacientes em condições de alta hospitalar, teve-se como principal objetivo de assegurar, ao paciente e à equipe assistente, a garantia de que ele tivesse um vínculo ambulatorial para continuidade da investigação e/ou do tratamento da patologia oncológica, sem a necessidade de permanecer internado. Isso diminuiria o tempo de internação e oportunizaria que o leito fosse ocupado mais rapidamente por outro paciente.

Foram realizadas reuniões entre as coordenações do Ambulatório, da equipe de Oncologia e do NIR. Por meio dessas, foi evidenciada a importância de ser desenvolvido um processo específico para regular o paciente com neoplasia, visando garantir o cumprimento da Lei nº 12.732/2012, diminuir o tempo médio de permanência hospitalar e garantir o acesso aos serviços de saúde, respeitando-se os protocolos de regulação municipais e estaduais e oportunizando uma internação planejada para o tratamento oncológico, caso necessário.

A partir de relatos, observações e diagnósticos de altos tempos de permanência, verificou-se que algumas equipes médicas tinham receio em dar alta hospitalar ao paciente antes da realização de todo o processo de estadiamento e vinculação com a oncologia do HNSC. O argumento era de que os pacientes encaminhados à rede básica de saúde acabavam se “perdendo” e/ ou demorando a ter seu acesso aos serviços de oncologia.

Além disso, sendo a Emergência do HNSC uma das grandes portas de entrada de pacientes com hipótese/suspeita ou diagnóstico de neoplasia, avaliou-se a importância de iniciar o processo regulatório desses pacientes já nesse lugar, por meio de busca ativa feita pelo médico do serviço ou do NIR, estabelecendo-se, então, um fluxo de solicitação de regulação desde o ingresso do paciente.

INICIANDO A REGULAÇÃO ONCOLÓGICA NO NIR

Inicialmente, foi agregada, ao NIR, uma enfermeira com experiência em regulação de consultas ambulatoriais em nível estadual, para elaborar, organizar e colocar em funcionamento o processo da regulação ambulatorial oncológica junto às equipes do HNSC.

Para viabilizar a implantação, foram realizadas as seguintes ações iniciais:

- Reuniões com a Central de Regulação de Porto Alegre e do Estado do Rio Grande do Sul, para alinhar os fluxos da regulação e sanar dúvidas, bem como viabilizar uma interface permanente entre esses locais;
- Elaboração de dois fluxos de regulação para pacientes oncológicos do HNSC: um para aqueles atendidos na Emergência e outro para pacientes internados;
- Reuniões e palestras realizadas pelo NIR com as equipes médicas do HNSC de várias especialidades (Cirurgia Geral, Hematologia, Oncologia, Urologia, Medicina Interna, Ginecologia, Cirurgia Torácica, Cirurgia Oncológica), para divulgar e expor como seria o novo processo de regulação pelo NIR. Nesses eventos, visou-se, também, sanar dúvidas e salientar a importância da adesão das equipes ao processo, assim como assegurar que, após a solicitação de regulação ao NIR, o paciente em condições de alta hospitalar poderia ter sua alta efetivada, pois o processo só seria concluído quando o paciente estivesse devidamente encaminhado a uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia e comunicado sobre isso.

O PROCESSO DE REGULAÇÃO ONCOLÓGICA

Para a efetivação da regulação oncológica no HNSC, foi estabelecido o seguinte processo:

Passo 1 – solicitação de consultoria

Para disparar o processo de regulação de paciente com suspeita ou diagnóstico de neoplasia, o médico assistente deve solicitar uma consultoria ao NIR no sistema de informações específico (Sistema GHC). O uso do sistema como a única forma de registro tem o objetivo principal de centralizar as informações no prontuário do paciente, para, assim, diminuir falhas na comunicação e perdas de informações e possibilitar melhor visualização e acesso de todos os envolvidos no processo.

Nessa etapa, algumas informações importantes devem constar na solicitação de consultoria ao NIR: a especialidade oncológica a ser regulada (por exemplo, oncologia clínica, oncologia cirúrgica, radioterapia, etc.) e CID-10.

A Figura 1 mostra a forma de apresentação da consultoria ao NIR.

Figura 1: Exemplo de consultoria via sistema de informações

Fonte: GHC Sistemas

Visualizar Andamento da Consultoria
Relatorios: Imprimir

GI\GHC

SISTEMA DE INFORMAÇÕES MÉDICAS
ANDAMENTO DA CONSULTORIA

Nome: [REDAZIDO] Leito: 1226 Posto: SR
Idade: 52 anos Data Nasc.: 26/06/1966 Sexo: M E. Civil: D
Médico Assistente: [REDAZIDO]

Tipo de consultoria: Consultoria NIR¹
Motivo da Consultoria
Solicitamos regulação para Oncologia Clínica - ambulatório - com vistas a tratamento de tumor de cárdia. Plano de quimioterapia neoadjuvante.
Grata
Att
R1 CG Emilaíne
Dr. Herbert
[REDAZIDO] para NÚCLEO INTERNO DE REGULACAO - 178 em 06/10/18 - 9:35

Passo 2 – análise da consultoria

A solicitação de consultoria é avaliada e são analisados alguns dados do prontuário fundamentais para regulação correta: especialidade oncológica, Cartão Nacional do SUS, município de residência, perfil da Internação (via Emergência ou Eletiva) e se há previsão ou alta hospitalar definida. Também, é verificado se o paciente possui, ou não, regulação válida para dar continuidade ao seu tratamento ambulatorial.

Passo 3 – resposta à consultoria

A consultoria é respondida conforme se dará o processo de regulação ambulatorial do paciente. Sempre se deve respeitar e observar o acesso à Atenção Especializada em Oncologia, que é baseado em protocolos de regulação gerenciados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e em resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB¹), órgãos aos quais compete organizar o atendimento dos pacientes na rede assistencial, em que são definidos os estabelecimentos para os quais os pacientes deverão ser encaminhados.

¹ Conforme a legislação do SUS, as Comissões Intergestores pactuam a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito dos estados, vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde, para efeitos administrativos e operacionais. <http://www.saude.rs.gov.br/cib>

A Figura 2 apresenta as referências na Alta Complexidade em Oncologia no Estado do RS, conforme Resolução Nº 108/13, da CIB/RS.

Figura 2: Referências de Oncologia no RS

Fonte: CIB/RS, 2013

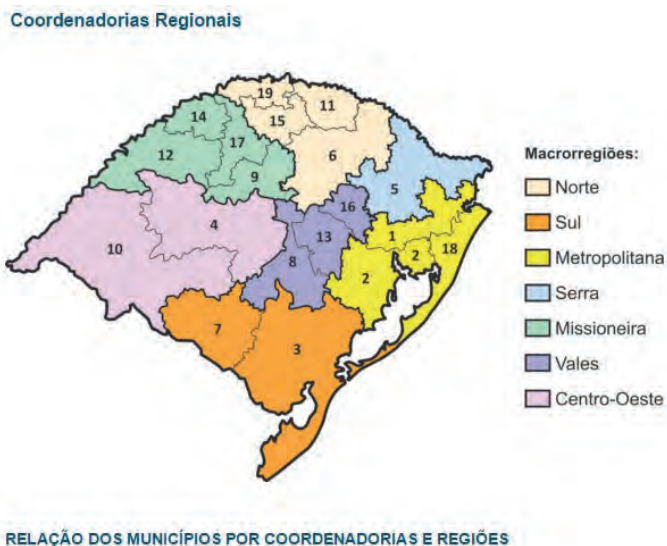
REFERÊNCIAS DE ONCOLOGIA	
MACROREGIÃO METROPOLITANA	UNIDADES DE ATENÇÃO EM ONCOLOGIA
1ª CRS - 2.054.271 hab. Alvorada, Arambaré, Barra do Ribeiro, Cachoeirinha, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Mariana Pimentel, Porto Alegre, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tapes, Viamão 2ª CRS - 681.095 hab. Araricá, Cambará do Sul, Canoas, Igrejinha, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Parobé, Presidente Lucena, Riozinho, Rolante, Santa Maria do Herval, São Francisco de Paula, Sapiranga, Taquara, Três Coroas 18ª CRS - 345.365 hab. Arroio do Sal, Balneário Pinhal, Capão da Canoa, Capivari do Sul, Carasá, Cidreira, Dom Pedro de Alcântara, Imbé, Itati, Mampituba, Maquiné, Morrinhos do Sul, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Tavares, Terra de Areia, Torres, Tramandaí, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Xangrilá	Hospital Fêmina (UNACON- Oncologia Clínica, Cirurgia Oncológica e Quimioterapia) Hospital Nossa Senhora da Conceição (UNACON- Oncologia Clínica, Cirurgia Oncológica, Quimioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica) Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CA-CON- Oncologia Clínica, Cirurgia Oncológica, Quimioterapia, Radioterapia, Hematologia, Oncologia Pediátrica e Braquiterapia) Santa Casa de Porto Alegre (CACON- Oncologia Clínica, Cirurgia Oncológica, Quimioterapia, Radioterapia, Hematologia, Oncologia Pediátrica e Braquiterapia) Hospital São Lucas da PUC (UNACON- Oncologia Clínica, Cirurgia Oncológica, Quimioterapia, Radioterapia, Hematologia, Oncologia Pediátrica)
2ª CRS - 598.550 hab. Barão, Brochier, Capela de Santana, Esteio, Harmonia, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Portão, Sapucaia do Sul, Salvador do Sul, São José do Hortêncio, São José do Sul, São Leopoldo, São Pedro da Serra, São Sebastião do Cai, Tupandi, Tabai	Hospital Centenário de São Leopoldo (UNACON- Oncologia Clínica, Cirurgia Oncológica, Quimioterapia e Radioterapia) Unidades de Porto Alegre (Hematologia, Oncologia Pediátrica e Braquiterapia)
1ª CRS - 115.171 hab. Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão, São Jerônimo 2ª CRS- 26.071 hab Triunfo	Hospital Ana Nery de Santa Cruz do Sul (UNACON- Oncologia Clínica, Cirurgia Oncológica, Quimioterapia e Radioterapia) Unidades de Porto Alegre (Hematologia, Oncologia Pediátrica e Braquiterapia)
2ª CRS - 391.025 hab. Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Novo Hamburgo	Hospital Regina de Novo Hamburgo (UNACON- Oncologia Clínica, Cirurgia Oncológica e Quimioterapia) Unidades de Porto Alegre (Radioterapia, Hematologia, Oncologia Pediátrica e Braquiterapia)

Passo 4 – cadastro da solicitação de regulação

Esta etapa consiste em efetivar o cadastramento de solicitação para regulação ambulatorial oncológica. As referências de Oncologia no Estado do RS foram estabelecidas com base no Decreto nº 50.125/2013, que estabelece a divisão territorial por meio das Coordenadorias Regionais da Secretaria da Saúde (CRSs). A Figura 3 apresenta a organização das regiões de saúde para esse fim, em 18 Coordenadorias.

Figura 3: Divisão territorial dos municípios do RS por regiões de saúde e Coordenadorias Regionais de Saúde

Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2013. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/crs>



Atualmente, os pacientes de Porto Alegre e dos municípios cuja referência seja em Unidades de Atenção em Oncologia de Porto Alegre são cadastrados no Sistema GERCON, gerido na esfera municipal.

Para os pacientes de outros municípios, cuja referência em alta complexidade em Oncologia não seja Porto Alegre, verifica-se qual é sua referência pactuada nas resoluções da CIB. Então, informa-se, pela consultoria, qual é a unidade de referência em Oncologia e como deve ser feito o seu encaminhamento. Cada CRSs e suas Unidades possuem diferentes sistemas de regulação, portanto, o paciente deve ser encaminhado à Secretaria de Saúde de seu município, para ser inserido no sistema próprio. Sempre que for necessário, o NIR faz contato prévio com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), para já vincular ou iniciar o processo de regulação do paciente.

Cabe informar que, aproximadamente, 48% dos pacientes são de Porto Alegre. Em seguida, em torno de 30% dos pacientes vêm da Região do Vale do Gravataí, na Região Metropolitana de Porto Alegre (municípios de Alvorada, Cachoeirinha, Viamão e Gravataí) e, aproximadamente, 22% vêm de outros municípios e regiões do Estado do RS.

Passo 5 – conclusão do processo

O processo de regulação oncológica é concluído pelo NIR por meio da conclusão da consultoria. Isso somente ocorre quando a consulta ambulatorial oncológica estiver agendada e confirmada no sistema GERCON ou, caso a referência oncológica seja em outra coordenadoria, que o paciente tenha recebido as orientações devidas. Todas as informações devem ser evoluídas na consultoria, e o familiar e/ou paciente devem ser comunicados por meio de contato eletrônico. A Figura 4 ilustra uma consultoria concluída no sistema de informações.

Figura 4: Modelo de consultoria concluída no Sistema GHC

Fonte: Sistema GHC

Tipo de consultoria: Consultoria NIR

Motivo da Consultoria

Olá!

Paciente com neoplasia indiferenciada metastática para linfonodo supraclavicular; solicito regulação para a Oncologia Clínica.

Grato,
R1 MEI [REDACTED] | Equipe [REDACTED]

[REDACTED] para NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - 178 em 22/08/18 - 15:10

Evolução

Realizo cadastro no sistema de regulação do Estado para regular e agendar a primeira consulta para ONCOLOGIA.

Aguardo o agendamento da consulta.

Assim que a consulta estiver agendada e regulada o paciente será comunicado, conforme dados cadastrais.

Att,
Enfª Viviane Domingues Santander
NIR-HNSC
R:2047

Evoluída por VIVIANE DE FREITAS DOMINGUES SANTANDER - COREN 87130 em 23/08/18 - 10:30

Conclusão

Número CMCE
18-09-0002841-5

Especialidade
Oncologia Clínica e Quimioterapia
QUARTA, 19/09/2018 às 13:00
Agenda Confirmada

Unidade executante
Hospital Nossa Senhora da Conceição SA
Porto Alegre/RS
Av Francisco Trein, 596
51 33572000

Sala
CONS 8

Médico executante
[REDACTED]

Comunicado familiar

Concluído por VIVIANE DE FREITAS DOMINGUES SANTANDER - COREN 87130 em 10/09/18 - 11:52

As consultorias são avaliadas e respondidas, sempre que possível, no mesmo dia da solicitação ou no prazo máximo de 48hs. São acompanhadas, diariamente, no sistema GERCON para que não haja perda de consultas, pois o processo depende da comunicação da

consulta disponibilizada para o paciente ou seu familiar. Isso também ocorre em relação à informação no sistema GERCON, em que o paciente foi comunicado, possibilitando-se a confirmação da consulta agendada e gerando o número de regulação válido pela Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE).

AÇÕES PARALELAS

Desde o princípio, é feito monitoramento da regulação oncológica no NIR, com objetivo de analisar a eficácia e evolução do trabalho desenvolvido. Inicialmente, começou-se com uma planilha simples, com dados mais básicos (nome, registro, município de residência, especialidade, data da consultoria, data da alta hospitalar, data da consulta agendada e conclusão da consultoria). As Figuras 5 e 6 demonstram como o monitoramento era realizado.

Figuras 5 e 6: Planilhas de monitoramento da regulação oncológica - dados iniciais

Fonte: NIR GHC

Mês	Nº de Consultorias	Média entre Solicitação e Conclusão de Consultorias (em dias)	Média entre Consultoria e Consulta (em dias)	Altas Anteriores à Consultoria
Maio/2015	6	-	31,8	6
Junho/2015	38	-	17,0	8
Julho/2015	70	26,3	18,4	1
Agosto/2015	96	53,9	18,9	9
Setembro/2015	125	18,1	22,4	42
Outubro/2015	75	8,9	18,7	48
Novembro/2015	85	13,3	28,5	41
Dezembro/2015	111	12,5	20,4	75
Janeiro/2016	73	11,8	17,7	44
Fevereiro/2016	82	8,1	15,8	42
Março/2016	95	6,0	16,1	43
Abril/2016	12	2,1	9,5	4
Total do Período	868	12,1	19,7	363

Munic/Estado	Total	%
Porto Alegre	433	50,12%
Alvorada	95	11,00%
Gravataí	57	6,60%
Viamão	38	4,40%
Cachoeirinha	32	3,70%
Guaíba	27	3,13%
Camaqua	11	1,27%
Canoas	9	1,04%
Outros 68 Municípios com me	162	18,75%
Total Geral	864	

Considera-se importante mostrar e divulgar os dados e resultados por meio de reuniões com as equipes médicas e equipe de residentes, de orientações nos rounds multidisciplinares nas unidades do HNSC

e de seminários. Tem-se o intuito de que as equipes façam a adesão e confiem no processo cada vez mais, reforçando, continuamente, essa interface com elas e disponibilizando o contato direto com o NIR, para esclarecimento de dúvidas.

Atualmente, os registros dos dados de monitoramento estão mais completos (inclui-se internação via emergência ou eletiva, data da primeira visualização e resposta da consultoria, data de óbito, etc.), o que permite análises mais completas do processo da regulação oncológica.

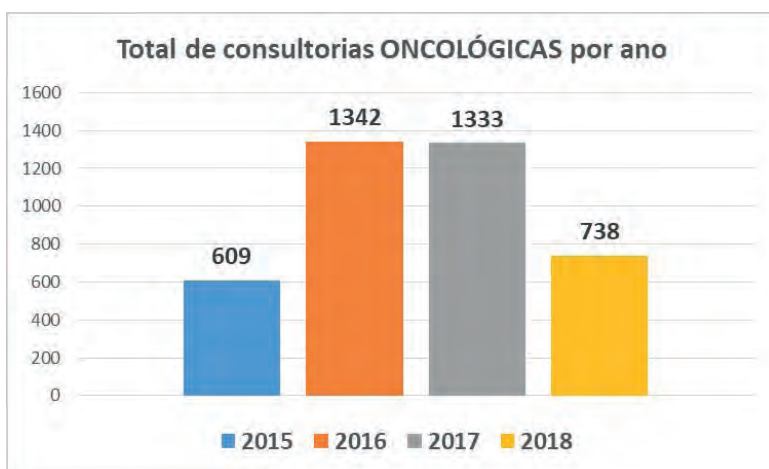
Além disso, o NIR faz a verificação do Cartão Nacional do SUS (CNS) do paciente, conferindo-o com os dados no cadastro do GHC. Caso existam divergências de informações, solicita-se, ao paciente ou familiar, que realize a atualização do CNS em seu posto de saúde e a atualização dos dados cadastrais no sistema do GHC, no próprio NIR-Central de Leitos. Dessa forma, o processo está contribuindo com a qualificação das informações no Cadastro Nacional do SUS.

RESULTADOS

Desde que o NIR assumiu o processo de regulação oncológica, em maio de 2015, até setembro de 2018, um total de 4.553 consultorias foram solicitadas ao NIR, para essa finalidade. O Gráfico 1 demonstra a quantidade de consultorias solicitadas desde maio de 2015.

Gráfico 1: Total de consultorias por ano (de maio de 2015 a setembro 2018)

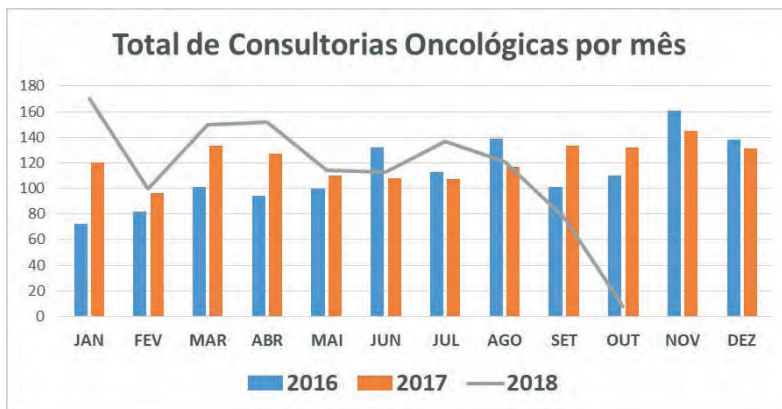
Fonte: NIR-GHC



O Gráfico 2, a seguir, apresenta os totais de consultorias oncológicas realizadas mensalmente, entre 2016 e 2018. Percebe-se que houve aumento no número de solicitações, na maioria dos meses de 2017 e 2018, em relação aos anos anteriores (2016 e 2017, respectivamente).

Gráfico 2: Total de consultorias por mês, de janeiro de 2016 a setembro 2018

Fonte: NIR-GHC



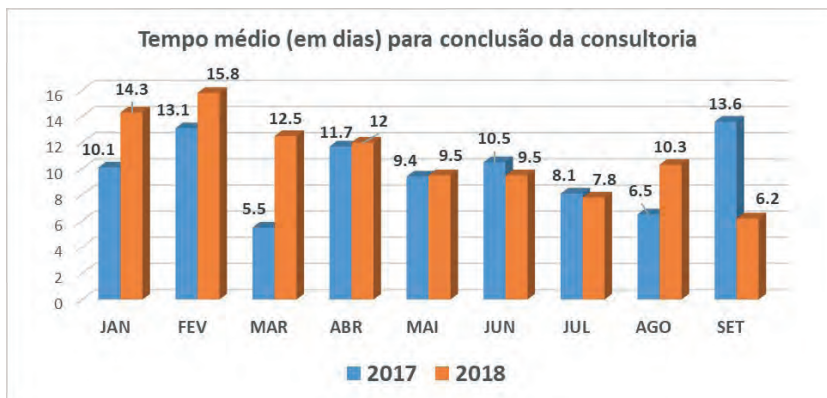
As duas especialidades com maior volume de consultorias são: a oncologia clínica (quimioterapia), com uma média de 60 novas solicitações por mês, e a radioterapia, com uma média de 20 novas solicitações por mês. Do total de consultorias encerradas, 54,8% foram para a oncologia clínica (quimioterapia), 19,8% para a radioterapia e 10,0% para a onco-hematologia. Essas três especialidades representam 84,6% da demanda. O restante das solicitações divide-se em muitas outras especialidades.

Outro aspecto monitorado refere-se aos tempos entre a solicitação de regulação e a conclusão da consultoria e, também, ao tempo para a realização da consulta com a especialidade solicitada. São dados importantes para que se possa garantir o acesso ao tratamento no tempo preconizado pela legislação e mais adequado ao tratamento de saúde.

O tempo médio entre a solicitação de regulação e a conclusão da consultoria demonstra o acesso aos serviços de saúde de forma adequada, não ultrapassando, em média, 15 dias. O Gráfico 3 mostra esses dados, considerando os anos de 2017 e 2018.

Gráfico 3: Tempo médio para a conclusão de consultorias, comparando 2017 e 2018

Fonte: NIR-GHC



Atendendo à Lei nº 12.732/2012, citada no início deste capítulo, o tempo médio, em dias, entre a consultoria solicitada e a data da consulta agendada na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, é de 22 dias em média, conforme se pode observar no Gráfico 4.

Gráfico 4: Tempo médio entre a consultoria e a consulta oncológica, 2017 e 2018

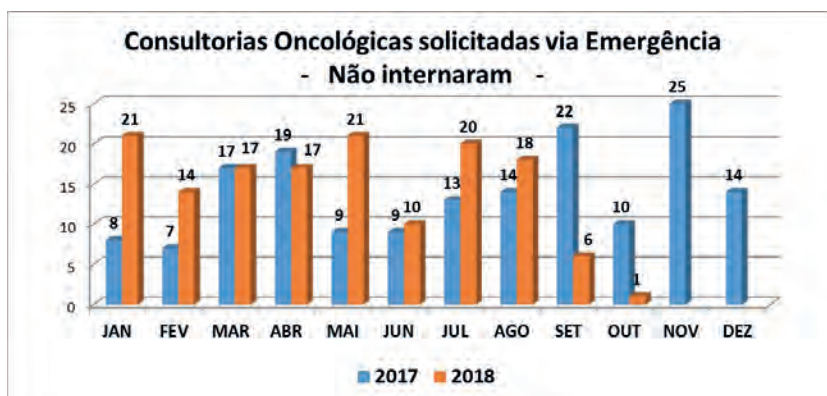
Fonte: NIR-GHC



No que se refere às consultorias solicitadas no atendimento do paciente ainda na Emergência, ao longo de 2017 e até setembro de 2018, 312 pacientes tiveram sua regulação oncológica, sem ter sido necessário permanecerem internados no HNSC, o que é muito positivo, tanto em termos de custos financeiros como emocionais ao paciente e às suas famílias. O Gráfico 5 demonstra os dados mensais a esse respeito.

Gráfico 5: Número de consultorias efetivadas de pacientes da Emergência, sem necessidade de internação, 2017 e 2018

Fonte: NIR-GHC



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regulação oncológica começou com um grande desafio de convencimento das equipes em aderirem a um novo processo de regulação dos pacientes. Somado a isso, tinha-se a necessidade de garantir o acesso aos serviços de saúde na alta complexidade em oncologia, de forma adequada, no menor tempo possível, respeitando-se os protocolos de regulação e garantindo os princípios da equidade e integralidade.

Gradualmente, o processo foi sendo aperfeiçoado e mais equipes foram apropriando-se desta ferramenta de regulação, utilizando-a para agilizar, com segurança, a alta hospitalar do paciente.

Avançou-se, também, com o aumento das solicitações pelas equipes da Emergência (ginecológica, cirúrgica e clínica), sem a necessidade de internação do paciente, o que contribuiu para a redução dos seus patamares de lotação.

Salienta-se a interface com as Centrais de Regulação de Porto Alegre e do Estado do Rio Grande do Sul, contribuindo com a construção permanente do processo de regulação e evoluindo nos sistemas de regulação informatizada, como o acesso direto do NIR ao sistema GERCON. Tem-se como um objetivo a ser alcançado o acesso e a visualização aos demais sistemas de regulação do Estado, que regulam para as demais referências oncológicas, de forma a avançar-se mais na qualificação do processo e nos resultados aos pacientes.

A regulação oncológica é um serviço consolidado no HNSC, que vem contribuindo na qualificação do atendimento e na assistência ao paciente oncológico e seus familiares, o que influencia diretamente na rapidez de diagnóstico e tratamentos e oferece mais transparência ao processo de regulação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013**. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html. Acesso em 20out. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm. Acesso em 20out. 2018.

O DESAFIO DO GERENCIAMENTO DAS LISTAS DE ESPERA ELETIVAS: OS CASOS DA UROLOGIA E DA CIRURGIA CARDÍACA

Rosa Ladi Lisbôa
Júlia Barreto Marciniak
Gleide Simas Custódio Khan
Marcos Sergio Munari
Fábio Dias Misturini
Alexandra Jochims Kruehl

INTRODUÇÃO

A gestão da lista de espera no Serviço Único de Saúde (SUS) para procedimentos cirúrgicos eletivos é um grande desafio para os gestores de saúde, haja vista a disparidade entre a demanda (número de usuários que buscam os serviços de saúde) ser maior que a oferta de serviços de saúde.

Essa realidade também faz parte do Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC), que possui um elevado número de pacientes aguardando em lista de espera, sendo um desafio a busca por soluções que possam ajudar na diminuição desse quantitativo. Ressalta-se que o constante fluxo das “portas de entrada” (Emergência e Ambulatório de Especialidades) que o hospital disponibiliza favorece tal realidade.

Neste Hospital, historicamente, as equipes médicas eram detentoras de todas as informações sobre suas listas de espera para procedimento, sendo registradas de diferentes formas: listas em arquivos em planilhas eletrônicas (como o Excel®), editores de texto (como o Word®) e, até mesmo, em agendas físicas. Com a crescente informatização dos Sistemas Hospitalares do GHC e a obrigatória interface com os Sistemas de Informação do Gestor Municipal, o Núcleo Interno de Regulação de Leito (NIR) intensificou, junto às equipes Clínicas e Cirúrgicas, as tratativas para que as listas de espera não continuassem restritas às próprias equipes e, sim, fossem disponibilizadas somente no Sistema de Informações do GHC.

Diante disso, o NIR (como unidade técnico-administrativa responsável pelo gerenciamento e controle das listas de espera de hospitalização eletivas no Hospital) buscou maneiras de organizar, adequadamente, as listas de espera, para que o trabalho fosse otimizado, garantindo a integridade e a legitimidade do processo. Destacam-se, entre as especialidades, a Cirurgia Cardíaca, que foi a precursora no processo de (re)organização das listas, com vistas

à sua diminuição, e a Urologia, que desafia por ser a maior lista de espera do HNSC.

A IMPORTÂNCIA DA CODIFICAÇÃO E DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA AS LISTAS DE ESPERA

As listas de espera que são gerenciadas pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) são originadas em vinte especialidades cirúrgicas e clínicas: Centro de Atenção ao Obeso Classe III, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Dor e Cuidados Paliativos, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Mastologia, Medicina Interna, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia Cirúrgica, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia e Urologia.

Destaca-se que, em março de 2018, à exceção da Urologia, Cirurgia Torácica e Cirurgia Cardíaca, todas as especialidades cirúrgicas não tinham suas listas de espera registradas no Sistema de Informações do GHC e, também, não haviam estabelecido uma codificação para os procedimentos que realizavam.

A codificação é uma classificação de prioridades para a realização das cirurgias, conforme gravidade dos casos, que auxilia na organização e na programação cirúrgica, bem como a priorização de paciente, evitando, assim, a progressão da doença. Ressalta-se que essa codificação deve ser baseada na ordem da complexidade do procedimento proposto ou de pacientes que estejam aptos para a efetivação do procedimento. Procurou-se, nesse processo, levar em consideração as particularidades de cada serviço, mas sem perder de vista uma padronização das listas de espera.

Já o fato dos pacientes serem inseridos na lista oficial do Sistema de Informações do GHC contribui para que o processo seja transparente, pois tanto o gestor local (direção do Hospital) quanto o gestor municipal precisam ter o conhecimento da real demanda cirúrgica dos serviços, oferecendo uma possibilidade de melhor planejamento a estes.

Salienta-se que a lista de espera registrada no Sistema de Informações do GHC é uma importante ferramenta de gestão e ajuda a garantir os direitos do paciente, como o de “não ficar para trás” na espera do seu atendimento. Propicia, também, que a equipe médica saiba, com exatidão, sua demanda e evita que se esqueça de algum paciente, fato provável se a lista de controle fosse apenas uma lista particular.

O PROCESSO DE REORGANIZAÇÃO DAS LISTAS DE ESPERA

Algumas ações foram planejadas para melhorar a organização das listas de espera. Inicialmente, foram realizadas reuniões entre o NIR e cada equipe médica que possuía lista de espera. Nesse momento, era explicada a importância da organização e padronização das listas e era solicitado que as equipes criassem suas codificações dos procedimentos. No Quadro 1, são apresentadas as codificações de procedimentos elaboradas por algumas equipes.

Quadro 1: Codificações para as listas cirúrgicas, por especialidades

Fonte: elaborado pelos autores

CIRURGIA CARDÍACA Código 1: revascularização miocárdica Código 2: implante de prótese valvar, reconstrução da raiz da aorta c/ tubo valvado Código 3: fechamento de comunicação interatrial Código 4: implante/troca de fio ou pino intra-ósseo, retirada de corpo estranho da parede torácica	CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO Código 1: procedimentos oncológicos Código 2: procedimentos não oncológicos	CIRURGIA VASCULAR Código 1: correção endovascular de aneurisma, angioplastias, ponte-tromboendarterectomia de carótida, amputação/desarticulação de membros inferiores, plastia arterial Código 2: tratamento cirúrgico de varizes	CIRURGIA TORÁCICA Código 1: tratamento de pacientes com pré-operatório pronto Código 2: tratamento de intercorrências de pacientes oncológicos Código 3: simpatectomia torácica videocirúrgica, esofagoplastia/gastroplastia, colocação de prótese laringo traqueal
ENDOCRINOLOGIA Código 1: cirurgias (tireoidectomia, paratireoidectomia). Código 2: internação clínica (tratamento de transtornos de outras glândulas endócrinas, tratamento de diabetes mellitus)	GASTROENTEROLOGIA Código 1: procedimentos Código 2: quimioembolização	GINECOLOGIA Código 1: patologias oncológicas Código 2: patologias em investigação (afastar possibilidade de câncer) Código 3: patologias benignas com repercussão hemodinâmica e na qualidade de vida Código 4: patologias benignas ou laqueadura tubária	OFTALMOLOGIA Código 1: retina Código 2: catarata Código 3: glaucoma Código 4: tumores oculares Código 5: córnea e superfície Código 6: estrabismo Código 7: plástica Código 8: estética
ONCOLOGIA CIRÚRGICA Código 1: parotidectomia, colectomia, ressecção de lesão maligna de mucosa bucal, ressecção de tumor de partes moles em oncológica, esofagogastrectomia Código 2: implantação de cateter de longa permanência semi ou totalmente implantável	PROCTOLOGIA Códigos 1 e 2: colectomia total, excisão local de tumor de reto, retossigmoidectomia, proctocolectomia total, excisão de lesão, tumor anu-retal, proctoplastia e proctoplastia e proctorrafia, enterotomia e/ou enterorrafia c/sutura Código 3: fechamento de enterostomia, colostomia. Código 4: fistulectomia/ fistulotomia anal, hemorroidectomia	UROLOGIA Código 1: procedimentos diversos em pacientes oncológicos Código 2: procedimentos diversos não oncológicos Código 3: procedimentos diversos de menor complexidade Código 4: incontinência urinária Código 5: biópsias	

Além de solicitar as codificações, as reuniões também tinham a intenção de orientar os médicos a registrar a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) no Sistema de Informações, sempre que o paciente tivesse indicação cirúrgica, até mesmo quando a equipe médica ainda não tivesse uma data prevista no Bloco Cirúrgico para a realização do procedimento. Dessa maneira, a equipe poderia saber, com mais fidedignidade, o tamanho real de sua lista de espera, ou seja, todos os pacientes que aguardavam por realização de cirurgia, e não apenas os pacientes que tivessem agendamento confirmado no Bloco Cirúrgico.

A pedido do NIR, a partir de abril de 2018, o Serviço de Informática do GHC automatizou a inserção do paciente na lista de espera. Antes, o médico emitia a AIH e o paciente, de posse deste documento, procurava a Central de Leitos para sua inserção, manualmente, na lista de espera do hospital. Ocasionalmente, algum paciente e/ou familiar não vinha apresentar a AIH e, assim, ficava de fora da lista de espera.

Outra importante contribuição do Serviço de Informática foi a automatização da saída do paciente da lista de espera quando este realiza sua internação no HNSC. Antes disso, a lista de espera precisava ser revisada constantemente, acessando-se cada prontuário, para saber se o paciente havia feito a cirurgia, ou não, e para que a lista se mantivesse atualizada.

Corroborando-se esse grupo de ações, trabalhou-se, junto às equipes médicas, o uso de consultoria eletrônica¹ como forma de respaldo e regularização de acesso de pacientes. Dessa forma, ao ser identificada a necessidade de priorizar o agendamento cirúrgico de algum paciente que não cumpra a ordem cronológica da emissão de AIH, o médico solicita consultoria ao NIR para que a indicação seja justificada. Esse processo garante o registro em prontuário do motivo pelo qual não foi seguida a ordem da lista de espera.

A equipe também pode solicitar, via consultoria para o NIR, a exclusão do paciente da lista, seja por motivo de alteração de conduta médica ou desistência do paciente em realizar o procedimento. As consultorias servem, também, para a equipe médica solicitar a priorização de paciente para internação prévia à realização do procedimento no Bloco Cirúrgico, pois existem pacientes, por exemplo, que necessitam de tratamento prévio com antibiótico, compensação clínica ou necessitam suspender medicação, como anticoagulante durante a internação, etc.

Essas ações melhoraram a organização do gerenciamento da lista de espera. Como resultado, constatou-se uma visível melhoria na relação

¹ Consiste em uma ferramenta disponível no Sistema GHC, onde é possível que os profissionais solicitem consultoria para avaliação de especialista, transferência, acompanhamento ou regulação.

dos gerenciadores da lista de espera do NIR com as equipes médicas. Obteve-se o relato, por parte de algumas equipes, que as ações propostas pelo NIR, como a codificação dos procedimentos, a realização das consultorias e a emissão da AIH para todos os pacientes que apresentam indicação cirúrgica, contribuíram, significativamente, no desenvolvimento do serviço médico, embora, em um primeiro momento, as ações tenham acarretado em readaptações do trabalho exercido pelas equipes.

Conforme mencionado anteriormente, destacam-se os serviços de Cirurgia Cardíaca e Urologia. A seguir, serão abordados os casos dessas duas equipes e seus resultados.

CASO 1: CIRURGIA CARDÍACA, A PRECURSORA

No início de 2016, verificou-se que a lista de espera desta especialidade contava com um número expressivo de pacientes aguardando internação para realização de procedimento e, somado a esse fato, havia um tempo de espera elevado.

A equipe já trabalhava com uma categorização por códigos de prioridades, que era:

- Código 1: Revascularização miocárdica com uso de extracorpórea;
- Código 2: Implantes valvares e/ou trocas de válvulas, reconstrução da raiz da aorta com tubo valvado;
- Código 3: Fechamento de comunicação interatrial;
- Código 4: Implante/troca de gerador de marcapasso, retirada de fio ou pino intra-ósseo. Este código já era gerenciado pela própria equipe cirúrgica, que agendava o procedimento diretamente no Bloco Cirúrgico.

Em março de 2016, a lista de espera da Cirurgia Cardíaca tinha 159 pacientes, conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1: Status da lista de espera da Cirurgia Cardíaca em março/2016

Fonte: elaborada pelos autores

Código	Quantidade de pacientes em lista de espera		Tempo de espera
Código 1	46		2 anos e 3 meses
Código 2	87		2 anos e 11 meses
Código 3	19		4 anos
Código 4	7		1 ano e 9 meses

Diante dessa realidade, algumas medidas foram adotadas. Inicialmente, buscou-se construir uma interface entre o Serviço da Cirurgia Cardíaca, a equipe de gestão do Ambulatório de Especialidades, a Gerência de SADTs e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para definir e mapear um fluxo adequado da lista de espera eletiva e pactuar a realização da avaliação pré-operatória da Cirurgia Cardíaca. A avaliação pré-operatória é um importante mecanismo, pois tem a finalidade de minimizar os riscos cirúrgicos e, também, prevenir as complicações pós-operatórias. A pretensão do grupo era diminuir o tempo de espera e encaminhar os pacientes para o procedimento cirúrgico com a maior brevidade possível.

O mapeamento do fluxo iniciou a partir do delineamento da lista de espera da Cirurgia Cardíaca, abrangendo os pacientes por porte cirúrgico: grande, médio e pequeno, uma vez que o Hospital realiza cirurgias de alta, média e baixa complexidades. Além disso, todos os pacientes incluídos na lista de espera eletiva deveriam ter a regulação do gestor municipal/estadual para a especialidade ao terem o laudo de AIH emitido no Ambulatório via Sistemas de Informação do GHC.

Foi feita uma varredura manual da lista de espera. Nesse processo, os dados de cada paciente foram verificados no prontuário eletrônico (Sistemas de Informação do GHC). Buscou-se saber se houve internação via Emergência no HNSC pelo mesmo motivo da inclusão em lista de espera e se foi realizada a cirurgia proposta, dando resolução do caso durante o período que o paciente aguardava a chamada eletiva. Também, foi realizado contato telefônico com cada paciente, para verificar se ele havia sido operado em outra instituição e se tinha interesse em permanecer na lista de espera. Foram constatados casos que já haviam sido resolvidos por outras instituições, mas ainda permaneciam na lista do HNSC. Alguns pacientes relataram a desistência da permanência na lista de espera e não compareceram na primeira consulta do pré-operatório e algumas internações haviam ocorrido pela Emergência do HNSC por agravamento do quadro durante o tempo de espera. Houve, também, casos em que não se obteve sucesso, por inviabilidade de contato com o paciente (por mudanças de telefones sem atualização de cadastro por parte dos pacientes) e, infelizmente, por óbitos ocorridos durante o tempo de espera.

Em abril de 2016, implantou-se um Ambulatório de avaliação pré-operatória, sob responsabilidade do chefe da equipe. Esse Ambulatório atendia, semanalmente, em torno de seis pacientes, em geral, dois de cada código. Os pacientes eram selecionados pela enfermeira do NIR, que repassava seus nomes para o Ambulatório de Especialidades, para agendamento das consultas.

Na primeira consulta, o médico avaliava a indicação cirúrgica, realizava uma avaliação minuciosa do estado de saúde do paciente, requerendo os exames de imagem e laboratoriais, conforme necessidade. Todos os exames tinham prioridade de agendamento, conforme pactuação com a Gerência de SADT. Estes deveriam ser realizados em até uma semana (ecografia trans-esofágica, ecografia de carótidas, ECG, RX de tórax), a contar da data da solicitação. No mesmo dia, o paciente era avaliado pelo serviço odontológico, o qual evoluía (no prontuário eletrônico) se o paciente estava apto, sob o ponto de vista odontológico, para o procedimento cirúrgico. Em caso negativo, sinalizava-se à equipe da Cirurgia Cardíaca que o paciente deveria realizar um determinado tratamento odontológico antes do procedimento proposto.

O paciente retornava à reconsulta em até 15 dias, para análise dos exames, definição de conduta cirúrgica ou necessidade de reconsulta. Se contraindicada a cirurgia, o médico evoluía, em prontuário eletrônico, o seu parecer e comunicava ao NIR, para que este fizesse a inclusão das informações na lista de espera ou a retirada do laudo de AIH da lista de espera, quando não havia mais indicação cirúrgica. No caso do paciente estar apto para o procedimento, o NIR programava o leito eletivo na unidade de internação, na data mais breve possível, para a realização da cirurgia.

Resultados alcançados

É preciso considerar que as portas de entrada do HNSC não deixaram de receber novos pacientes. O Ambulatório de Especialidades, por exemplo, recebe, em média, 120 novos pacientes por ano. Portanto, as listas de espera são dinâmicas e, por isso, as quantidades apresentadas, a partir desse ponto, são diferentes das quantidades apresentadas na tabela anterior.

Até o mês de julho de 2018, 183 pacientes foram analisados pelo NIR visando ao encaminhamento para o fluxo de avaliação pré-operatória, sendo: 62 pacientes do código de prioridade 1; 103 pacientes do Código 2; e 18 pacientes do Código 3. Dos 183 pacientes, 91 tiveram efetivação cirúrgica pelo fluxo instituído. Os motivos pelos quais os outros não tiveram sua cirurgia efetivada pelo fluxo de avaliação pré-operatória podem ser visualizados no Gráfico 1.

Gráfico 1: Motivos para não efetivação da cirurgia via fluxo de avaliação pré-operatória**Fonte:** elaborado pelos autores

A realidade da lista de espera da Cirurgia Cardíaca, em outubro de 2018, comparativamente, à lista inicial, pode ser visualizada na Tabela 2.

Tabela 2: Comparação entre as realidades de março/2016 e outubro/2018**Fonte:** elaborada pelos autores

Código	Março de 2016		Outubro de 2018	
	Quantidade de pacientes em lista de espera	Tempo de espera	Quantidade de pacientes em lista de espera	Tempo de espera
Código 1	46	2 anos e 3 meses	0	n/a
Código 2	87	2 anos e 11 meses	3	9 meses
Código 3	19	4 anos	2	2 meses
Código 4	7	1 ano e 9 meses	5	5 meses
Total	159		10	

Percebe-se, claramente, a diminuição da quantidade de pacientes em lista de espera e, também, do tempo em que aguardavam seu procedimento sem estarem devidamente aptos. É possível, ainda, identificar melhoras nos indicadores de produtividade e de tempo médio de permanência (TMP).

A produtividade da equipe é mensurada pela quantidade de procedimentos cirúrgicos realizados. Já a partir do ano de implantação (2016) do processo de organização das listas, a produtividade do serviço cresceu em 29,8%, em relação ao ano anterior, e seguiu aumentando a cada ano. Em 2018, a média mensal de cirurgias realizadas é 46,5% maior do que no ano anterior à intervenção.

No que se refere ao TMP, é preciso considerar que, antes do início

da intervenção, muitos pacientes aguardavam internados a realização das suas cirurgias e, durante a internação, fazia-se a avaliação pré-operatória, o que demandava tempo para a realização dos exames e liberação de resultados. Além disso, nem todos os pacientes estavam em condições clínicas adequadas para o procedimento, o que, por vezes, acarretava em prolongamento da internação. Ainda, havia a falta de leitos de UTI para o período pós-operatório que gerava suspensões cirúrgicas, o que também amplia² o tempo de internação. Assim, em 2015, o TMP dos pacientes desta especialidade antes da cirurgia era de 7,4 dias. Já em 2016, o tempo de espera passou a ser de 1,8 dias, repetiu-se em 2017 e, em 2018, está em 1,9 dias. Cabe salientar que, após a cirurgia, os pacientes permanecem internados, inicialmente em UTI e, posteriormente, na especialidade da Cardiologia.

Outro fator importante, mas sem mensuração, foi a diminuição dos casos de urgencialização que eram demandados por encaminhamentos do Ambulatório para internação via Emergência.

CASO 2: UROLOGIA, A MAIOR LISTA DE ESPERA DO HNSC

O Serviço de Urologia do HNSC abrange toda a Região Metropolitana de Porto Alegre/RS e é referência para o Estado. Realiza procedimentos de baixa, média e alta complexidade.

Em março de 2018, foi realizado um levantamento dos dados da lista de espera desta especialidade, que está totalmente registrada no Sistema de Informações GHC. Chegou-se a um total de 579 pacientes que aguardavam por procedimento, sendo que o paciente mais antigo estava aguardando desde 2008.

Algumas especialidades já tinham suas listas de espera no Sistema GHC em período anterior à existência do NIR, como era o caso da Urologia. Neste caso específico, já havia uma codificação estabelecida pela equipe, composta por cinco códigos, a saber:

- Código 1: procedimentos de pacientes oncológicos;
- Código 2: procedimentos diversos de pacientes não oncológicos (prostatectomia suprapúbica, uretrotomia, nefrectomia, orquectomia, cistectomia, uretrotomia interna, nefrolitotomia);
- Código 3: procedimentos diversos de pequeno porte

² O processo de intervenção que reduziu as suspensões cirúrgicas por falta de leitos de UTI está descrito no Módulo 3 deste livro, em capítulo específico.

(varicocele, vasectomia, postectomia, neostomia epidídimo, plástica pênis);

- Código 4: tratamento cirúrgico de incontinência urinária feminina;
- Código 5: biópsias de próstata.

O serviço possuía várias portas de entrada para a sua lista: Ambulatório de Especialidades, Emergência e pacientes hospitalizados em outras especialidades e que tinham necessidade de cirurgias urológicas. Em outras palavras, havia uma demanda muito grande e, também, muita dificuldade em dar conta desta. Frequentemente, os recursos tecnológicos eram insuficientes, por falta de equipamentos, como ureteroscópio flexível e óticas em número necessário, ou, por vezes, a necessidade de manutenção postergava mais a resolubilidade dos casos, por períodos de meses.

Há anos, a lista de espera da Urologia era motivo de preocupação por parte de vários gestores e, também, da própria equipe. Os problemas vinham sendo relatados pela equipe em várias instâncias de discussão, inclusive em reuniões do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), com a presença dos gestores municipais e estaduais.

Diante desse cenário, frente à maior lista de espera cirúrgica do HNHC, estabeleceu-se um plano de ação para enfrentar a problemática. Foram realizadas reuniões e ações do serviço do NIR com a equipe médica da Urologia, Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento (SADTs) e Ambulatório de Especialidades, para que fosse possível a realização da avaliação pré-operatória para os pacientes que aguardavam nesta lista, a exemplo do que já se fazia com a Cirurgia Cardíaca.

O pré-operatório trata de preparar o paciente para o ato cirúrgico. Dessa forma, o paciente chega ao Hospital apenas no dia da cirurgia, não necessitando internar previamente. Tais medidas diminuem, significativamente, o tempo de ocupação de leito e auxiliam na organização da equipe médica. O pré-operatório consiste, também, em contatar os pacientes para participarem de uma consulta com o urologista, que avaliará se o paciente ainda tem a necessidade de fazer o procedimento cirúrgico ou não. Caso o paciente não tenha mais indicação cirúrgica, o médico solicita consultoria para o NIR, via sistema eletrônico, para retirar o paciente da lista de espera. Entretanto, caso o paciente mantenha a indicação cirúrgica, o médico solicitará exames (eletrocardiograma, exames laboratoriais, RX de tórax, tomografia). Assim que o paciente sair da consulta com essas requisições, deve já realizar os exames solicitados ou fazer agendamento breve para a realização destes. O Ambulatório é responsável por agendar os exames e a consulta com clínico geral para o paciente.

Ressalta-se que o enfermeiro do NIR, responsável pelas listas de espera cirúrgicas, faz o acompanhamento de todo o processo supracitado, alimentando uma planilha eletrônica com dados obtidos do prontuário eletrônico de cada paciente (datas de exames, consultas e desfechos), para melhor gerenciamento dos pacientes e da própria lista de espera, que é atualizada frequentemente. Dessa forma, os dados são repassados para a equipe médica da Urologia, que consegue otimizar e planejar sua rotina de atendimentos baseados nos pacientes que possuem avaliação pré-operatória pronta.

Resultados da intervenção

Além da instituição de um fluxo de avaliação pré-operatória, foram realizados doze mutirões de cirurgias para os pacientes do serviço, de março a outubro de 2018, quando foram operados 171 pacientes. Realizou-se um levantamento dos pacientes que participaram dos mutirões, tendo antes passado pelo fluxo de avaliação pré-operatória, e analisou-se a relação da forma de internação (via mutirões ou via porta de entrada eletiva) com tempo de permanência em internação. Observou-se que, de 54 pacientes que foram chamados diretamente para o Bloco Cirúrgico, o tempo médio de internação foi de apenas 2,4 dias. Em compensação, os pacientes eletivos chamados pelo NIR demoram em torno de 9 dias para fazer o procedimento e permanecem, em média, 11,5 dias internados.

O fato de o paciente, que foi chamado de maneira eletiva, estar com pré-operatório pronto antes da internação diminui o seu tempo de internação, entretanto, a falta de sala em Bloco Cirúrgico, muitas vezes, faz com que o paciente tenha que ficar internado, aguardando oportunidade para ser realizado o procedimento, mesmo já estando apto para realizar cirurgia. Percebe-se, portanto, uma oportunidade de planejamento de melhoria nesse aspecto.

Entretanto, os resultados vêm se mostrando satisfatórios. Em primeiro lugar, cabe demonstrar a evolução da lista de espera do serviço, que vem sendo reduzida desde o início da intervenção. A Tabela 3, a seguir, demonstra os *status* da lista de espera por códigos de prioridade em março e em setembro de 2018. Destaca-se que, apesar do fluxo dinâmico da lista (saem e entram pacientes diariamente e, em média, chegam 1.400 novos pacientes a cada ano, via Ambulatório de Especialidades), houve redução em quase todos os códigos.

Tabela 3: Status da lista de espera da Urologia, por códigos de prioridades, em março e em setembro de 2018

Fonte: elaborada pelos autores

Código	Março de 2018	Setembro de 2018	% de redução
Código 1	72	53	-26,4
Código 2	362	316	-12,7
Código 3	103	61	-40,8
Código 4	17	14	-17,6
Código 5	25	37	48,0
Total	579	481	-16,9

A partir de julho de 2018, diante de resultados bastante positivos para o Código 1 (naquele mês, a lista estava com 26 pacientes), a Gerência de Unidades de Internação acordou em aumentar o número de consultas agendadas no Ambulatório para pacientes oncológicos.

Ressalta-se, nesse contexto, a existência da Lei nº 12.372/2012, que estabelece prazo de 60 dias para o início do tratamento de pacientes com neoplasia maligna comprovada. Em março de 2018, o tempo de espera dos pacientes oncológicos era de até 9 meses. Em seis meses de intervenção, cerca de 50% dos pacientes oncológicos estão com tempo de espera de apenas um mês.

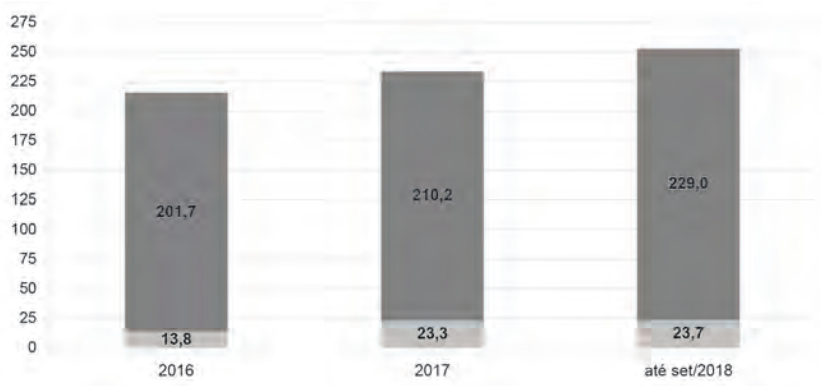
Buss (2015) infere que, para o paciente, a espera, além da angústia natural por não ter seu problema tratado de imediato, pode causar complicações, como o agravamento do seu estado inicial, levando, como acontece em muitos casos, até mesmo, à morte. Para o médico e para o hospital, essa espera acarreta uma maior complexidade dos procedimentos cirúrgicos devido, principalmente, à demora na intervenção inicial.

Outros resultados foram obtidos a partir dessa intervenção: o aumento de produtividade, a redução do tempo médio de permanência do serviço de Urologia e a redução da média de pacientes urológicos na Emergência do HNSC.

O aumento de produtividade do serviço vem ocorrendo tanto em termos de cirurgias eletivas como de urgência, conforme se pode observar no Gráfico 2.

Gráfico 2: Produtividade cirúrgica do Serviço de Urologia, médias mensais, de 2016 a set/2018

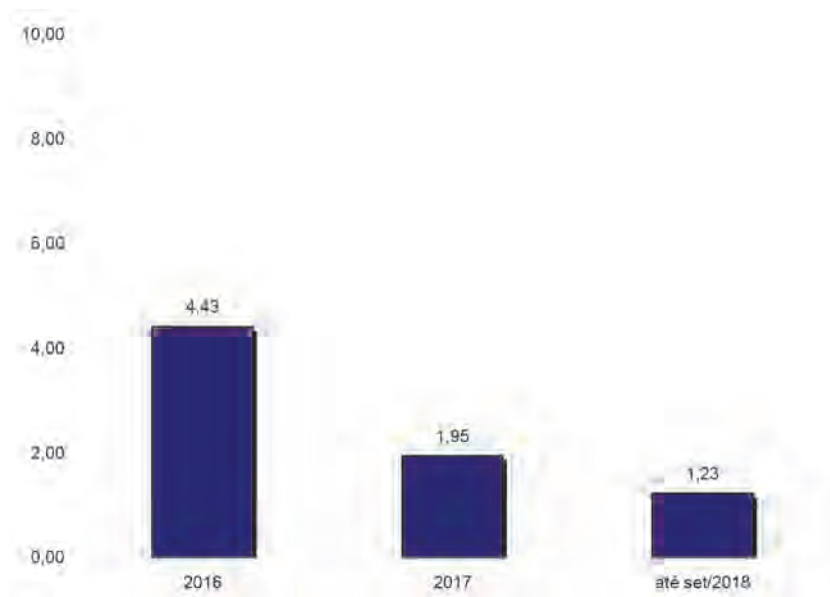
Fonte: elaborado pelos autores



No que se refere ao tempo médio de permanência, a especialidade já vinha reduzindo esse indicador, por meio de outras ações. No entanto, há resultados também importantes desde a implantação das ações descritas acima. Em 2016, o TMP da Urologia era de 10,2 dias e, em 2017, de 9,9 dias. Em 2018, o TMP está em 8,1 dias, podendo ser classificado em dois tempos diferentes: de janeiro a fevereiro (8,9 dias) e de março a setembro (7,9 dias). Ainda, é possível evidenciar a redução da média de pacientes urológicos na Emergência do HNSC, conforme ilustra o Gráfico 3.

Gráfico 3: Média diária de pacientes urológicos internados na Emergência, em dias úteis, de 2016 a set/2018

Fonte: elaborado pelos autores



Acredita-se que o processo implantado pelo NIR para a organização da lista de espera não seja o único fator para essa redução, pois há intervenções feitas diretamente no Centro Cirúrgico, anteriores ao novo processo, que geraram resultados também. No entanto, o novo processo vem consolidar resultados positivos e merece reconhecimento.

As “portas de entrada”, que permitem o acesso do paciente aos serviços, seguem sendo uma problemática, pois o quantitativo de pacientes que aguardam atendimento por alguns serviços, principalmente na Urologia, é maior que a capacidade que eles conseguem oferecer.

Ressalta-se, por fim, as parcerias efetivadas com a Coordenação do Bloco Cirúrgico e o Escritório de Gestão de Altas. O gestor do Bloco Cirúrgico contemplou o Serviço de Urologia com mais salas cirúrgicas durante períodos de ociosidade de outras especialidades. Apesar desse esforço, ainda assim, o quantitativo de horários é insuficiente. Por sua vez, o Escritório de Gestão de Altas contribuiu, durante o processo de internação dos pacientes, realizando *rounds* multidisciplinares e auxiliando na otimização do atendimento.

REFLEXÕES FINAIS

Considera-se que todas as ações descritas neste capítulo e, em especial, o processo de avaliação pré-operatória em pacientes que aguardam na lista de espera contribuíram para efetividade da prestação do serviço e, conseqüentemente, para a redução das listas, além de auxiliar na organização da rotina médica, otimizar os atendimentos e diminuir tempo de internação e ocupação de leito.

Salienta-se que o NIR continua nas tratativas com algumas equipes médicas que ainda não fizeram a codificação de sua lista de espera e, também, não utilizam a o Sistema de Informações do GHC como ferramenta oficial e norteadora do seu serviço. Como mencionado anteriormente, obteve-se êxito com várias equipes, inclusive, na melhoria da relação do NIR com elas.

Destaca-se que a gestão de processos é imprescindível para otimizar o trabalho e seus resultados. Contudo, não se pode olvidar a gestão de materiais, de instrumental e de equipamentos, bem como a gestão das pessoas, pois afetam, diretamente, no rendimento das equipes cirúrgicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/pub/10_advocacy/LEI_12732_12.pdf>, Acesso em: 11 set. 2018.

BUSS, Maico Oliveira. **Modelo de sistema de conhecimento para gestão de listas de espera para cirurgias no Sistema Único de Saúde.** Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento, p.100. 2015.

REDUÇÃO DO TEMPO DE REOCUPAÇÃO DOS LEITOS: ESTRATÉGIAS DE MELHORIA

Alexsandra Costa da Silva
Carine Paim da Silva Martins
Carlos Augusto Descovi
Carolina Ritter Ribeiro
Gabriel Messerschmidt
Viviane Valentina Bortoli Magalhães
Alexandra Jochims Kruel

A superlotação das emergências hospitalares é um problema sistêmico e multicausal. Assim, é preciso que as medidas para seu enfrentamento também adotem um perfil de complexidade sistêmico e multifacetado.

Uma das causas para a superlotação das emergências hospitalares é o processo de reocupação de leitos das unidades de internação. Este é um processo complexo e difícil de ser monitorado, pois é extremamente dinâmico e depende de muitos atores e áreas. Pode ser considerado um problema na gestão hospitalar e perpassa os diversos setores envolvidos no processo assistencial.

O tempo de reocupação refere-se ao período entre a saída de um paciente do leito e a entrada de outro paciente no mesmo leito. É considerado um indicador de eficiência de processos e é medido em minutos e/ou horas, sendo diretamente relacionado à permanência de pacientes na Emergência que aguardam para serem transferidos para unidades de internação. Essa espera é chamada de *boarding* (estacionamento).

Com a adoção da Metodologia *Lean* no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), em dezembro de 2016, decidiu-se analisar, de forma aprofundada, este processo e o tempo que tomava, para, então, adotar-se medidas de otimização do processo e dos resultados. Este capítulo apresenta o que foi e vem sendo feito nesse sentido.

O INÍCIO: o primeiro levantamento de dados e algumas surpresas

Em dezembro de 2016, o HNSC adotou a Metodologia *Lean* para atuação frente à superlotação da sua Emergência. Tinha-se, como objetivo principal, a otimização do fluxo dos pacientes dentro do ambiente hospitalar (agilização das transferências e da liberação efetiva dos leitos nas altas

hospitalares). Como consequências, havia a expectativa de promover aumento do giro de leitos e a redução dos tempos médios de permanência nas unidades de internação e, assim, na Emergência do HNSC.

Dessa forma, decidiu-se fazer uma análise mais atenta às fases do processo de reocupação de leitos, de forma a identificar as etapas que necessitavam de intervenção. Para tanto, foi necessário criar um Grupo de Trabalho para planejamento e acompanhamento do processo de reocupação dos leitos na Instituição. Foi preciso alinhar todas as esferas de gestão e os coordenadores das diversas áreas, sendo essencial o apoio e a supervisão direta dos enfermeiros nas unidades de internação, dos supervisores do Serviço de Higienização e o envolvimento das equipes assistenciais.

A análise começou com a identificação das etapas do processo de reocupação de leitos, que eram:

- Alta médica do paciente;
- Desocupar o leito (paciente);
- Desvestir o leito e desmontar a parede (enfermagem);
- Registrar o leito como “sujo”, disponibilizando-o para limpeza, via sistema de informações (enfermagem);
- Deslocar a equipe de Higienização para a unidade de internação;
- Higienizar o leito;
- Registrar o leito como “limpo”, disponibilizando-o para ocupação pelo NIR (higienização), via sistema de informações;
- Destinar o leito ao próximo paciente, via sistema de informações (NIR);
- Transferir o paciente para o leito (enfermagem);
- Ocupar o leito (paciente).

A partir dessa identificação, decidiu-se realizar um levantamento de dados sobre os tempos tomados por cada etapa, com o objetivo de identificar e mensurar gargalos nos fluxos. Foram selecionadas algumas unidades de internação clínicas e cirúrgicas do HNSC, escolhidas por serem de grande impacto no giro de leitos da Emergência.

Após a definição das áreas, foi construído um formulário, em formato de planilha, cujas informações seriam registradas, manualmente, por diferentes pessoas envolvidas no processo, principalmente, da enfermagem da Emergência e dos postos das unidades de internação e da higienização. A planilha continha todas as etapas do processo, e as pessoas que as preencheriam deveriam registrar as datas e os horários em que as etapas eram realizadas. As

equipes foram orientadas sobre o objetivo do levantamento de dados e sobre o preenchimento das planilhas.

A coleta dos dados foi realizada durante uma semana, quando foram obtidos 94 registros de desocupação e reocupação de 66 leitos. Cada etapa foi alvo de registro. No entanto, a coleta teve fragilidades, principalmente, por registros inconsistentes, incompletos, equivocados e pela resistência das equipes, o que comprometeu parte dos dados a serem analisados. Foi realizada, então, uma varredura nos dados, de forma a se obter o resultado mais fidedigno possível, dentro do contexto das unidades envolvidas.

Os tempos entre etapas foram mensurados, a saber:

- Tempo para desocupação do leito pelo paciente, a partir da alta médica;
- Tempo para disponibilização do leito para higienização, calculado pelo tempo entre a saída do paciente do leito e o registro do leito sujo no sistema de informações;
- Tempo para chegada do higienizador ao leito, a partir do registro de disponibilidade para limpeza;
- Tempo para início da limpeza, a partir da chegada do higienizador;
- Tempo de limpeza do leito;
- Tempo para liberação do leito no sistema de informações, após a limpeza do mesmo;
- Tempo para ocupação do leito após a limpeza;
- Tempo total para reocupação do leito;
- Tempo de ociosidade do leito.

Este primeiro estudo trouxe resultados inesperados, que revelaram um tempo de reocupação e de ociosidade de leitos preocupante e muito alto, em média de 14 horas. Além disso, antes da coleta dos dados, acreditava-se que a morosidade da chegada do Serviço de Higienização seria o principal causador do alto tempo para reocupação dos leitos. Contudo, evidenciou que os principais causadores eram a ocupação do leito após a higienização (média de 5 horas e meia), o tempo para iniciar a higienização do leito (média de 4 horas e 50 minutos) e o tempo para que o paciente desocupasse o leito após a alta médica (média de 3 horas).

AÇÕES DESENVOLVIDAS

Inicialmente, a Gerência de Administração fez um diagnóstico das causas para os tempos altos das etapas que estavam sob sua ingerência,

principalmente, em relação ao Serviço de Higienização, que possui um papel essencial na otimização do tempo de reocupação de leitos. O estudo desse diagnóstico apontou necessidades urgentes de revisão dos processos, e algumas medidas foram adotadas, conforme o que segue.

Sensibilização de equipes

Visando conscientizar e estimular os profissionais que são parte do processo de reocupação de leitos, foram realizados muitos encontros com as diversas equipes de enfermagem, profissionais administrativos e de higienização de todos os turnos.

Nos encontros colegiados da equipe de Higienização, promoveu-se um esforço de sensibilização, utilizando dados concretos, como o elevado número de pacientes na Emergência, as acomodações precárias e o uso de depoimentos de trabalhadores que receberam atendimento e tiveram que aguardar, por dias, um leito naquele setor. Em especial, buscou-se sensibilizar os trabalhadores a dar atenção imediata ao trabalho designado de limpeza de leitos, com qualidade, segurança e agilidade, para que o leito fosse logo liberado e reocupado por outro paciente.

Foram abertos espaços de discussão para sensibilização dos supervisores de higienização e construção de ideias. Foram elencadas propostas de ações e apropriação de dados e técnicas, o que proporcionou o empoderamento dos supervisores como agentes do processo, e não apenas espectadores.

Salienta-se que a sensibilização das pessoas foi essencial para a valorização do seu processo de trabalho e a importância dele no giro de leitos do HNSC. Assim, pode-se reduzir, significativamente, os tempos que não agregavam valores, como o de chegada ao leito e o de início da limpeza.

Utilização da Alta Prescrita como alerta e norteador para a ação

A prescrição da alta médica é registrada pelo médico assistente no prontuário eletrônico. Em termos de monitoramento, é chamada de “Alta Prescrita”. Nas áreas assistenciais, é utilizada para a antecipação e programação dos seus processos.

Até então, na Higienização, aguardava-se pela liberação do leito, via sistema, por parte das equipes de enfermagem das unidades de internação, para se iniciar o processo de limpeza dos leitos. A partir do

diagnóstico inicial, decidiu-se por utilizar a “Alta Prescrita” como um alerta para que, por meio de uma Central de Registro de Intercorrência Hospitalar (CRI), se pudesse instrumentalizar os supervisores com as programações de altas para o dia, inclusive, alertando-os a cada atualização de *status*.

Assim, foi possível modificar o enfoque, que passou de reativo para a busca ativa, o que melhorou o trabalho dos supervisores em direcionar a circulação das equipes. Possibilitou que focassem as ações de incremento de equipe para unidades com maior quantidade de previsões de altas e identificarem quartos para a realização de limpezas terminais¹, bem como o tipo de área a ser atendida: crítica, semicrítica e não crítica². A estratégia de busca ativa também ajudou a agilizar os processos de enfermagem necessários ao início da limpeza dos leitos. Em resumo, quanto maior a previsibilidade, mais ágeis tornaram-se os atores do processo.

Educação Continuada

As equipes de limpezas terminais, que atuam em ações mais intensas, tiveram especial atenção para a proposta de atuar de forma mais eficiente, reduzindo o tempo e mantendo a qualidade. Todos os trabalhadores passaram por revisão das técnicas de limpeza terminal de leito, o que proporcionou aliar técnica, agilidade e comunicação.

A Gerência de Administração atuou junto a outras equipes do HNSC, o que propiciou discussões técnicas e de ajuste de processos. Junto ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), foram revisadas as condutas de atendimento aos pacientes em leitos de isolamento. Nesse processo, um formulário de monitoramento de leitos de isolamento foi reativado, com a identificação do tipo de risco de contágio. Esse documento é alimentado, diariamente, e fica disponível na intranet.

¹ A limpeza dos leitos pode ser classificada em concorrente ou terminal. A limpeza concorrente é feita, diariamente, nas dependências hospitalares, enquanto ocupadas por pacientes. Trata-se de uma limpeza de rotina dos ambientes críticos, semicríticos e não críticos. Por sua vez, a limpeza terminal é uma limpeza completa e minuciosa de toda a unidade do paciente quando desocupada. Ocorre quando o paciente sai do leito por motivo de alta, transferência, óbito e liberação de isolamento, ou devido a internações de longa permanência (ANVISA, 2012).

² As áreas críticas são as que oferecem maior risco de transmissão de infecções, ou seja, que possuem grande número de procedimento invasivos e/ou que possuem pacientes de alto risco com sistema imunológico comprometido. As áreas semicríticas são aquelas ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. As áreas não críticas são todas as áreas hospitalares não ocupadas por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção (ANVISA, 2012).

As ações de educação continuada fortaleceram o espírito de equipe e o entendimento de que, em algumas situações, poderia haver necessidade de unir, dividir ou subdividir forças para atender levantes de trabalho.

Inclusão de novos equipamentos e tecnologias no processo

Visando à melhoria contínua e à redução da necessidade do uso da força mecânica dos trabalhadores de Higienização máquinas lavadoras de pisos e sugadores para água e pó foram adquiridos, tais tecnologias puderam ser incorporadas por meio do Plano de Investimentos do GHC.

Além desses equipamentos, foi feita a modificação no uso das tecnologias de comunicação, para uma maior agilidade e eficiência do processo. Os bips até então utilizados estavam obsoletos, prejudicando a dinâmica necessária ao processo. Uma vez acionado o supervisor pelo bip, era necessário localizar um ramal próximo para realizar o contato e obter a informação. Foram adotados rádios comunicadores, o que permitiu agilidade na comunicação entre a Central de Registros de Intercorrências Hospitalares (CRIH) e a supervisão do Serviço de Higienização.

Estabelecimento de metas, monitoramento constante e comunicação efetiva

Foi definido que seria feito monitoramento sistemático e centralizado dos indicadores e metas, pelo Grupo de Trabalho implantado, no primeiro levantamento de dados.

Todas as ações do Serviço de Higienização passaram a ter atenção reforçada, no sentido de otimizar o giro de leitos do hospital. As equipes de trabalho foram organizadas entre as demandas de rotina do hospital (concorrente e limpezas terminais programadas) e o cuidado com o tempo do leito. Definiu-se uma meta de tempo para atendimento das demandas de até 20 minutos. O monitoramento constante dos tempos gerava um alerta a ser disparado à Higienização, quando os leitos estivessem aguardando por um tempo próximo à meta.

Além disso, o operador do CRIH passou a monitorar, sistematicamente, a tela de leitos que consta no sistema de informações do GHC, o que permitiu que supervisores e coordenação acompanhassem, em tempo real, a movimentação de leitos e os tempos de processos. O operador

do CRIH, atento à movimentação na tela de leitos, passou a acionar imediatamente, via rádio, o supervisor mais próximo da área demandante. Este passou a tomar, para si, a tarefa de identificar o trabalhador, demandar o início da limpeza, revisar a efetivação do serviço e, via rádio, comunicar o operador do CRIH para liberar o leito como limpo no sistema.

Na Emergência, determinou-se que os pacientes deveriam ser transferidos às unidades de internação em um prazo máximo de 30 minutos após a disponibilização do leito pelo NIR. Nesse mesmo sentido, foi definido que as unidades de internação também deveriam realizar as transferências entre as unidades nesse prazo, respeitando a continuidade dos cuidados médicos e de enfermagem. Além disso, estabeleceu-se que os pacientes poderiam ser transferidos, em quaisquer horários, inclusive naqueles próximos às passagens de plantão.

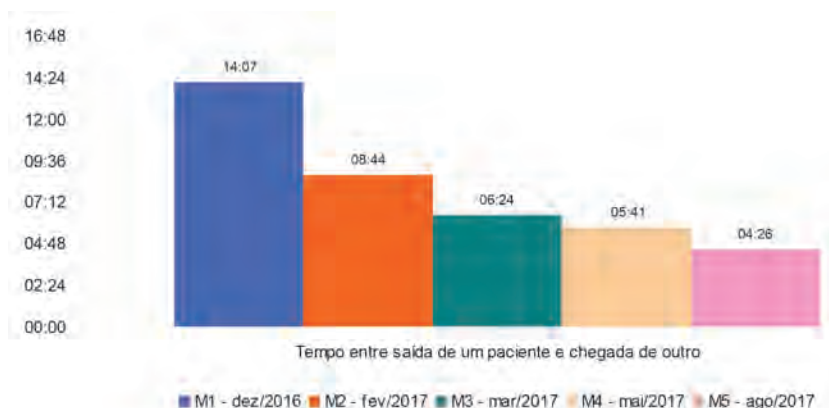
NOVOS MONITORAMENTOS E NOVOS RESULTADOS

O comprometimento das informações no primeiro levantamento de dados provocou a revisão do instrumento e uma nova sensibilização das equipes sobre a importância do tema.

Outros levantamentos foram realizados, visando analisar a efetividade das etapas e do resultado geral de tempo de reocupação de leitos.

Foram realizadas cinco medidas do tempo de reocupação dos leitos entre dezembro de 2016 e agosto de 2017. Os resultados estão expressos no Gráfico 1:

Gráfico 1: tempos de reocupação dos leitos, em horas, em 2016 e 2017
Fonte: relatórios internos do HNSC



Observa-se que se obteve redução contínua a cada levantamento de dados. Entre a primeira e a última medida, reduziu-se, em média, aproximadamente, 10 horas entre a saída de um paciente e a chegada de outro. Dessa forma, considerando-se uma média de 1.200 novas internações mensais na Emergência, a redução média de 10 horas no tempo de reocupação por leito e um tempo médio de permanência (TMP) de 11,2 dias, é possível supor que a redução do tempo de reocupação do leito permite novas 535 internações por ano.

É importante salientar que o tempo médio alcançado de 04 horas 26 minutos ainda está distante do ideal, devendo ser constantes os esforços e os incentivos às equipes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que esta intervenção pudesse ocorrer, foi necessário alinhar todas as esferas de gestão e os coordenadores das diversas áreas, sendo essencial o apoio e a supervisão direta dos enfermeiros nas unidades de internação, dos supervisores do Serviço de Higienização e o envolvimento das equipes assistenciais e de higienização.

As Gerências de Unidades de Internação (GUI) e de Pacientes Externos (GPEx) foram responsáveis pela confecção do formulário, pelo levantamento dos dados, pela revisão, pela análise e pelos ajustes da ferramenta de coleta. Todavia, a Gerência de Administração teve grande destaque, principalmente, no que se refere ao serviço de Higienização e suas equipes, que eram, continuamente, motivadas ao empenho na busca por resultados melhores. Esse serviço foi o grande protagonista desta intervenção. Cabe salientar que muitas etapas não estavam sob sua ingerência, mas seu trabalho e o resultado dependiam delas, por isso, houve a assunção de uma postura bastante proativa de sua parte.

É importante registrar que a resistência de equipes levou a alguns percalços, como registros inconsistentes, incompletos e equivocados. Por outro lado, isso provocou revisões de instrumentos de coleta de dados e novas sensibilizações das equipes sobre a importância do tema.

Além disso, ao desenhar os fluxos, foi possível conhecer cada ator, suas competências e suas responsabilidades, assim como a dificuldade de comunicação foi identificada como uma importante restrição do processo.

Considera-se que esta intervenção foi importante e que o

indicador de tempo de reocupação de leitos deve ser monitorado sistematicamente, assim como o processo de reocupação deve ser um alvo constante de melhorias.

REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde:** limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: ANVISA, 2012.

OTIMIZAÇÃO DOS PROCESSOS CIRÚRGICOS E A INTERFACE COM A EMERGÊNCIA

Fernando Anschau
Rafael de Nogueira Ribeiro
Alexandra Jochims Krueel

O REPRESAMENTO DE PACIENTES CIRÚRGICOS NA EMERGÊNCIA

No final de março de 2017, uma nova equipe assumiu a gestão do Centro Cirúrgico do HNSC. No início, a equipe, formada por um médico e duas enfermeiras, reuniu-se com os trabalhadores de cada setor do Centro Cirúrgico, tendo, como mote, obter o entendimento de “como as coisas funcionavam” no momento.

Durante os encontros, foram mapeados os fluxos de trabalho e os processos de assistência, de forma a identificar os problemas, definir prioridades de ação e entender as dinâmicas de trabalho. Foi quando se identificou a necessidade de atuar frente à realidade de represamento de pacientes cirúrgicos na Emergência do Hospital.

Em 2016, a Emergência do HNSC tinha, em média, por dia, 13,4 pacientes cirúrgicos internados ou em observação aguardando por procedimento. Os pacientes permaneciam, em torno de dois dias, na Emergência. Dentre as especialidades, destacava-se a Cirurgia Geral (5,9 pacientes-dia), a Urologia (4,4 pacientes-dia) e a Cirurgia Vascular (3,4 pacientes-dia). Muitos dos pacientes já estavam nas listas de espera do Centro Cirúrgico, e suas vindas à Emergência deviam-se ao agravamento das suas condições de saúde ou, ainda, como uma forma de agilizar a realização das cirurgias, passando na frente de outros pacientes.

Por outro lado, o Centro Cirúrgico do Hospital fazia, mensalmente, em torno de 1.024 cirurgias eletivas (programadas com pacientes oriundos do Ambulatório de Especialidades) e 282 cirurgias de urgência. As listas de espera eram muito grandes, com esperas bastante longas.

Diante dessa realidade, decidiu-se atuar para reduzir o volume de pacientes cirúrgicos na Emergência e o tempo de espera naquele setor, otimizando o trabalho do Centro Cirúrgico. Este capítulo apresenta as ações que vêm sendo desenvolvidas com esses objetivos.

DIAGNÓSTICO INICIAL

As atividades iniciaram com a realização de um mapeamento dos processos de trabalho e fluxos assistenciais para facilitar o entendimento sobre o funcionamento do setor. Dessa forma, foi possível visualizar os macro e microprocessos e, por conseguinte, definir estratégias de melhorias naquele cenário.

Foram identificados os tempos cirúrgicos (de espera, de cirurgia, de limpeza e total de ocupação de sala) e foi estabelecido um alinhamento entre essas variáveis e a disponibilidade de horários praticados, organizando o agendamento com os critérios estabelecidos a partir da análise. Tal alinhamento foi ao encontro da apuração da capacidade operacional do Bloco Cirúrgico, levando-se em conta a estrutura física, os materiais, os equipamentos e os recursos humanos disponíveis. Assim, pode-se mensurar, de forma mais adequada, a real capacidade funcional do setor.

No mapeamento dos fluxos assistenciais, foram identificadas as portas de entrada dos pacientes ao Bloco Cirúrgico e, dessa forma, também alguns “entraves ou restrições” aos fluxos como:

I. Identificação dos pacientes ambulatoriais, realizada apenas na entrada do Bloco Cirúrgico, em desconformidade ao preconizado pelo setor de Gestão de Risco e trazendo aumento de tempo e trabalho ao setor de admissão de pacientes do Centro Cirúrgico, além do risco de eventos adversos relacionados;

II. Fluxos cruzados entre procedimentos cirúrgicos de urgência/emergência e procedimentos eletivos, resultando em demora no atendimento cirúrgico aos pacientes oriundos da Emergência;

III. Não aplicação do protocolo de cirurgia segura em todos os pacientes;

IV. Atraso no início do turno de cirurgias ambulatoriais por diversas razões, que envolviam desde aspectos da equipe assistencial e questões dos pacientes, até problemas com equipamentos e insumos.

AÇÕES PARA SOLUÇÃO E PARA QUALIFICAÇÃO DOS PROCESSOS

Feito o diagnóstico inicial da situação, algumas medidas foram sendo implantadas, a seguir.

Identificação e segurança dos pacientes

O processo de identificação dos pacientes foi discutido com a equipe de Gerenciamento de Risco e com o Núcleo Interno de Regulação. Este passou a ser realizado na admissão do paciente, na entrada do Hospital, com a colocação de pulseiras de identificação e a conferência dos dados dos pacientes em sua admissão. Dessa forma, coube, ao setor de admissão do Bloco Cirúrgico, a segunda checagem da identificação do paciente, já iniciando, assim, o protocolo de cirurgia segura em todos os casos.

Foi implantado o protocolo de cirurgia segura para todos os pacientes, bem como o protocolo de quedas e a utilização do termo de consentimento livre e esclarecido para todos os pacientes cirúrgicos.

Além disso, manteve-se a avaliação mensal dos indicadores, que já era realizada, e foram repactuadas ações de controle da qualidade dos materiais esterilizados do Centro de Materiais e Esterilização.

Definição e separação de fluxos eletivos e de urgência

Apesar de haver, na época, duas equipes de cirurgia geral destacadas para o atendimento de pacientes de urgência, só havia uma sala cirúrgica disponível nos turnos diurnos para esse perfil de atendimento. Assim, boa parte dos pacientes cirúrgicos caracterizados como sendo de urgência/emergência competia por horários com a agenda de pacientes para cirurgias eletivas.

Observou-se uma correlação estatisticamente significativa entre o número de cirurgias eletivas realizadas e o tempo médio de permanência (TMP) dos pacientes cirúrgicos na Emergência, duas variáveis que, a princípio, deveriam ser independentes. Da mesma forma, também se verificou a correlação positiva entre as cirurgias eletivas e o número de pacientes cirúrgicos/dia na Emergência (p de Pearson: 0,94). Ou seja, quanto mais cirurgias eletivas estavam sendo realizadas, mais pacientes cirúrgicos esperavam na Emergência e por mais tempo. Assim, estava caracterizado o fluxo cruzado de pacientes cirúrgicos eletivos com os de urgência/emergência.

A partir de maio de 2017, foram realocadas duas salas de cirurgia exclusivas aos procedimentos de urgência e emergência, com a manutenção das equipes de anestesia e enfermagem com um trabalho exclusivo a esse caráter de atendimento.

Com as medidas adotadas, os pacientes cirúrgicos da Emergência passaram a não competir mais pela agenda de cirurgias com os casos

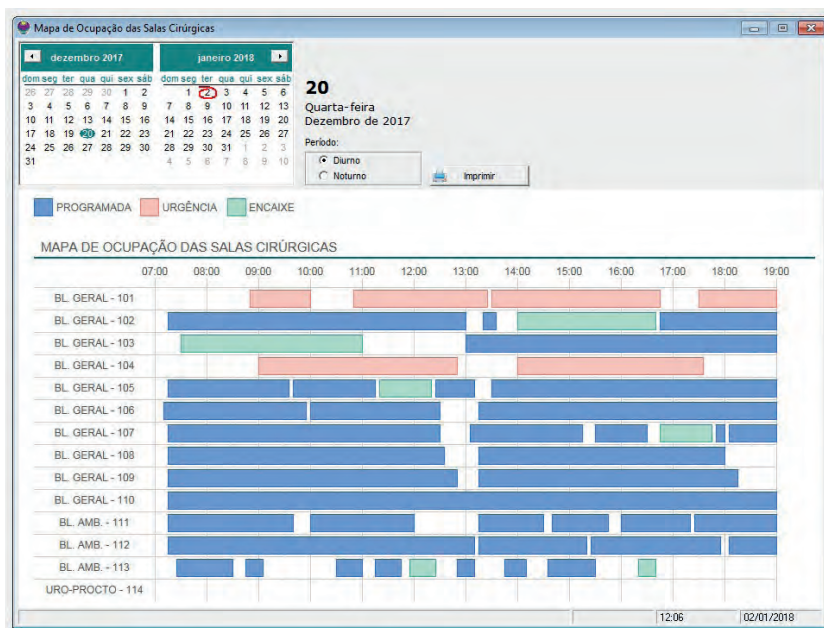
eletivos e, assim, reduziu-se o número de pacientes cirúrgicos-dia, na Emergência, de 13,8, em 2016, para 5,0, em 2018. O tempo médio de permanência (TMP) dos pacientes cirúrgicos na Emergência também diminuiu, passando de 2,1 dias, em 2016, para 1,3 dias, em 2018.

Agendamento e ocupação de salas cirúrgicas

Para facilitar a identificação dos horários e das salas cirúrgicas disponíveis para agendamento, foi criado o “mapa de ocupação das salas cirúrgicas”, que pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1: Mapa de ocupação das salas cirúrgicas

Fonte: GHC Sistemas



O Mapa é uma representação gráfica dos procedimentos cirúrgicos e dos horários das salas e facilitou a organização interna do setor. Também, proporcionou a transparência no agendamento para todo o hospital, além da avaliação das ações referentes ao ordenamento dos fluxos dos pacientes cirúrgicos da Emergência.

Além da criação do Mapa, solicitou-se, às equipes da agenda cirúrgica eletiva, que fizessem seus agendamentos com um tempo maior de antecedência (72 horas) e, por meio do mapa de ocupação

das salas cirúrgicas, pode-se agir com vistas ao reordenamento de salas e horários cirúrgicos. Assim, obteve-se melhora na ocupação dos turnos cirúrgicos e atingiu-se percentuais superiores a 85% de ocupação dos turnos eletivos.

Ainda, estipulou-se uma meta de 50 cirurgias eletivas por dia útil. O estabelecimento de metas gera uma motivação nas equipes, visto que há um objetivo claro e preciso a ser alcançado. O Gráfico 1 apresenta os resultados alcançados.

Gráfico 1: Relatório da meta de cirurgias eletivas realizadas

Fonte: documentos internos



Início do horário de funcionamento das salas cirúrgicas

Até abril de 2018, cada uma das salas cirúrgicas iniciava os procedimentos agendados às 07h15 em horários posteriores, conforme o fluxo independente das equipes envolvidas (enfermagem, anestesiista, cirurgiões). Isso gerava atrasos da agenda da manhã, na agenda da tarde e, por vezes, até em suspensões por atrasos das equipes. A partir de maio, as três equipes envolvidas (enfermagem, anestesiista, cirurgiões) foram comprometidas para iniciarem os procedimentos, pontualmente, às 07:30, de forma a minimizar os atrasos. Os horários de início das cirurgias passaram a ser monitorados diariamente.

Remanejo das salas cirúrgicas das equipes

Foram realizadas algumas trocas de salas cirúrgicas entre as equipes, de modo que conseguissem ficar na mesma sala cirúrgica, no turno da manhã e no turno da tarde. Isso proporciona maior agilidade e efetividade das equipes. Esse processo é lento e depende de um convencimento gradual das equipes.

Remanejo dos horários ociosos

Os turnos ociosos são aqueles que ocorrem devido à ausência do cirurgião principal (por atestado, congressos, etc.) e acabavam por não ser aproveitados.

Passou-se a realizar uma busca ativa prévia por essas “brechas” nas escalas cirúrgicas. A partir da identificação prévia, obteve-se tempo hábil para ofertar os turnos que seriam ociosos para outras equipes cirúrgicas poderem aproveitá-los conforme a sua demanda.

Banco de turnos

A exemplo do remanejo dos turnos ociosos, passou-se a fazer busca ativa pela escala de férias dos cirurgiões, com, pelo menos, dois meses de antecedência. Dessa forma, pode-se organizar a escala cirúrgica e oferecer, às demais equipes cirúrgicas, aqueles turnos que ficariam ociosos no período de férias do cirurgião.

Abertura de nova sala cirúrgica

A partir de outubro de 2018, foi aberta uma sala cirúrgica para procedimentos com anestesia local, para funcionamento no turno vespertino. Isso proporcionou mais 5 turnos cirúrgicos por semana. A partir de dezembro de 2018, tem-se a perspectiva de ampliação da sala para o turno da manhã, proporcionando mais 5 turnos cirúrgicos semanais.

Mutirões

Além da equipe da Oftalmologia que, rotineiramente, realiza um mutirão de procedimentos por mês, outras equipes cirúrgicas também

foram estimuladas a realizarem mutirões aos sábados. Isso somente foi possível com o recrutamento extra de anestesistas e profissionais de enfermagem. Em 2018, foram realizados mutirões com as equipes de oftalmologia, urologia, mastologia, ginecologia e cirurgia plástica. Foi possível atender 347 pacientes que estavam em listas de espera eletivas.

Manutenção de equipamentos biomédicos

Buscou-se organizar os protocolos de avaliação pré-operatória para qualificar a assistência e evitar cancelamentos cirúrgicos por condições clínicas adversas, diminuindo o atraso no início dos turnos por essas razões. Em conjunto à equipe de Engenharia Biomédica, foram mapeados os processos de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, com vistas a explicitar os fluxos e identificar, em tempo oportuno, a necessidade de reorganização de escalas cirúrgicas por indisponibilidade de equipamento e troca de equipamentos.

Além disso, considerando que o Centro Cirúrgico possui um grande número de equipamentos biomédicos eletrônicos, evidenciou-se a importância de a equipe poder contar com um profissional técnico em eletrônica, para atuar tanto na manutenção preventiva como na manutenção corretiva, principalmente, para garantir o atendimento às intercorrências agudas que podem ocorrer no processo transoperatório.

REFLEXÕES

A gestão de um centro cirúrgico é multifacetada e requer uma multiplicidade de ações que possam tornar essa unidade cada vez mais otimizada, qualificada e segura. Com as medidas que foram adotadas desde 2016, foram obtidos resultados positivos, como o aumento de horas de ocupação das salas, a redução de suspensões cirúrgicas e o aumento de cirurgias realizadas. Esses resultados impactaram sobre outros indicadores de uma forma benéfica, como a quantidade de pacientes na Emergência e o tempo que eles esperam para serem encaminhados ao Centro Cirúrgico. Consequentemente, as decisões tomadas impactaram, de forma importante, na qualidade assistencial. Por outro lado, é preciso ter a consciência de que este é um trabalho ininterrupto e que há bastante a ser feito ainda.

ROUNDS MULTIDISCIPLINARES COMO ESTRATÉGIA PARA A AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE LEITOS: A EXPERIÊNCIA DO NIR E DA UTI CIRÚRGICA DO HNCS

Gleide Simas Custódio Khan
Julia Barreto Marciniak
Carlos Eduardo Antoniete de Souza
Alexandra Jochims Kruel

A QUESTÃO DOS CANCELAMENTOS CIRÚRGICOS TARDIOS

Conforme Gilies, Wijeyesundera e Harrison (2018), uma importante questão nos sistemas de saúde é o cancelamento cirúrgico no dia em que o procedimento deveria ocorrer. Os autores referem os estudos mais recentes, que apontam que, diariamente, entre 10 e 14% das cirurgias são canceladas, sendo que apenas um terço delas refere-se a condições clínicas dos pacientes.

Sahraoui e Elarref (2014) denominam esse tipo de ocorrência como “cancelamento tardio de cirurgia” e salientam que pode trazer implicações de longo alcance, principalmente, ao paciente e à equipe cirúrgica.

Trata-se de um problema crescente, que traz consequências para o paciente (que pode ser afetado em suas condições clínicas e emocionais) e para todo o hospital ao longo de muito tempo, pois gera aumento de ocupação hospitalar que se estende por meses, senão o ano inteiro, de forma que se consiga reprogramar as agendas para agregar as cirurgias canceladas anteriormente (GILIES, WIJEYSUNDERA e HARRISON, 2018).

Além do paciente, da equipe e do hospital, é preciso ainda lembrar que, em sistemas públicos de saúde, com acesso universal, a demanda cirúrgica é bastante grande, há filas de espera longas e demoradas, os cancelamentos cirúrgicos podem ampliar os tempos de espera e, por consequência, aumentar as filas, em um ciclo vicioso. Tal ciclo pode afetar, diretamente, as condições de saúde do paciente, aumentando o risco de agravamento, a perda de funções e autonomia e, até mesmo, levar à morte. Também, pode aumentar o custo financeiro pelos tempos de espera e a necessidade de outros cuidados até que a cirurgia seja efetivada.

Um cancelamento cirúrgico pode ocorrer por diversos motivos, como a pressão por leitos agudos, a condução inadequada no processo pré-operatório, a falta de material e/ou de pessoal, a falta de sala

cirúrgica e a **falta de capacidade para cuidados intensivos pós-cirúrgicos**. Além disso, a existência de um serviço de emergência no hospital tem forte associação ao risco de cancelamentos cirúrgicos (GILIES, WIJEYSUNDERA e HARRISON, 2018).

A realidade de cancelamentos cirúrgicos por falta de leitos de cuidados intensivos era bastante importante no HNSC e afetava aspectos como a permanência dos pacientes em internação, prolongando esse tempo. Diante disso, o NIR, em atuação à Coordenação da UTI Cirúrgica do HNSC, desenvolveu um método para resolver ou minimizar o problema. Essa experiência é trazida neste capítulo.

OS CANCELAMENTOS CIRÚRGICOS POR FALTA DE LEITO DE UTI NO HNSC

Desde sua implantação, em junho de 2012, o NIR do HNSC teve suas ações essencialmente voltadas para o enfrentamento da superlotação da Emergência. Várias ações foram implementadas para agilizar o fluxo de saída no local, como a criação de leitos de retaguarda, os *rounds* na Emergência, a utilização da ferramenta *Kanban*, entre outras.

Era necessário, no entanto, buscar alternativas para ampliar o giro de leitos dentro do Hospital e, com isso, ampliar a saída dos pacientes da Emergência.

Um dos fatores que contribuía para o aumento do tempo de permanência dos pacientes internados (e, consequentemente, para uma menor oferta de leitos para a Emergência) era a espera para agendamento de cirurgias no Bloco Cirúrgico. No caso das cirurgias de grande porte, havia, ainda, a demanda por leitos de UTI Cirúrgica. Várias são as especialidades que concorrem para a reserva de leito nesta UTI, que conta com 14 leitos.

Não era incomum ocorrerem conflitos que necessitavam de mediação por parte dos gestores do Bloco Cirúrgico e da UTI, em função da disputa das várias especialidades pelos poucos leitos disponíveis na UTI Cirúrgica, no dia da cirurgia agendada, o que ocasionava cancelamento cirúrgico.

A rotina de solicitação de leitos para alta da UTI ocorria a partir do momento que o médico local indicava a alta e o secretário solicitava um leito na unidade de internação ao NIR. A busca pelo leito era iniciada naquele momento, o que implicava, caso não houvesse leito disponível, aguardar a desocupação de leitos com altas já prescritas ou a serem

prescritas. Esse processo resultava em uma desocupação dos leitos sem previsão, repercutindo na oferta de leitos ao Bloco Cirúrgico. O impacto disso, com frequência, era o cancelamento de cirurgias que estivessem concorrendo aos leitos de UTI, muitas vezes, no próprio dia da cirurgia.

As consequências de tais cancelamentos eram, principalmente, a necessidade de reprogramação da agenda cirúrgica, o prolongamento da internação e o aumento dos custos de hospitalização. Para o hospital, o prolongamento das internações reduzia o giro dos leitos cirúrgicos e da Emergência, como um efeito cascata. Para o paciente, isso demandava um novo processo de preparo, frustração, aumento de ansiedade, além de mais tempo de exposição aos riscos inerentes a internações hospitalares, como a ocorrência de eventos adversos, a infecção hospitalar e o agravamento do quadro de saúde.

A partir dessa realidade, passou-se a buscar alternativas para solução.

UMA ALTERNATIVA: A PRÉ-ALTA

Em novembro de 2015, após uma Visita Técnica ao Hospital Público de São Bernardo do Campo para conhecer a experiência daquele NIR já bem estruturado, a equipe do NIR tomou conhecimento da dinâmica realizada pelo visitante de *rounds* multidisciplinares e gestão de leitos de UTI.

Ao retornar, o NIR buscou estabelecer uma parceria com a Gerência de Unidades de Internação (GUI) e com a equipe de gestão da UTI, buscando estabelecer algumas ações para melhorar o fluxo de saída da UTI, de forma a ampliar a oferta de leitos ao Hospital. Baseado na experiência do hospital visitado, que, a partir das demandas que recebia, já previa as altas para o dia seguinte, a fim de ofertar leitos de UTI às UPAs das quais era referência, sugeriu-se realizar um projeto piloto para implementar esse modelo no HNSC futuramente.

Em reunião com gestores da UTI, estes propuseram iniciar o projeto na UTI Cirúrgica, por entenderem ser o maior foco de tensão, em decorrência da alta demanda por leitos cirúrgicos e por ter uma necessidade de resposta mais imediata.

Em maio de 2016, iniciou-se a participação do enfermeiro regulador do NIR no *round* da UTI Cirúrgica, com objetivo de identificar as altas e previsões de altas da UTI nesse momento (pré-altas).

Diariamente, de segunda à sexta-feira, no início da manhã, ocorrem os *rounds* da UTI Cirúrgica, onde é aplicado um *check list*. No *round*, participam os enfermeiros do setor, médico, fisioterapeuta e nutricionista. Ao longo de 30 minutos, o *check list* é aplicado em todos os 14 pacientes,

sendo a data de alta definida pela equipe. As informações são repassadas ao auxiliar administrativo e registradas em planilha de ocorrências, que passa a monitorar os leitos com altas prescritas e disponíveis, para reservar o leito para UTI tão logo seja possível.

A chamada de “pré-alta” caracteriza-se pela previsão de alta da UTI para o dia seguinte, a partir das informações do *check list* realizado pela equipe. Esses leitos são reservados pelo NIR e podem ser visualizados pela equipe da UTI no sistema de informações. A agenda cirúrgica também fica disponível no sistema de informações. Assim, é possível fazer a previsão dos leitos a serem ofertados ao Bloco Cirúrgico, baseando-se na programação cirúrgica.

Com a reserva de leito antecipada, no dia seguinte, logo que se confirma a alta no *round*, o paciente da UTI é transferido para um leito na unidade de internação. O leito desocupado fica reservado para o paciente em pós-operatório.

Esse processo contribui para maior agilidade na desocupação do leito, na higienização e na disponibilidade para receber paciente em pós-operatório.

RESULTADOS

Desde o início do projeto piloto, em maio de 2016, até setembro de 2018, foram realizados 1.783 *check lists*. As especialidades que mais demandam leitos na UTI Cirúrgica são: Cirurgia Cardíaca, seguida pela Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica e Cirurgia Vascular, que representam 69,2% da demanda.

Dos 1.783 *check lists* aplicados, foram solicitadas 862 programações de leitos para pré-alta. Os demais pacientes (921) ou já tinham leito reservado, por já estarem internados e devido à rotina que o leito fica reservado para UTI por 24 horas, ou não foi solicitada a programação de leito, em função do quadro clínico. As especialidades que mais demandam leitos por pré-alta são a Cirurgia Cardíaca, a Cirurgia Torácica, a Cirurgia Geral, a Cirurgia Vascular e a Oncologia Cirúrgica, que representam 81,3% da demanda. Esses dados podem ser detalhados por especialidade, conforme demonstra a Tabela 1, considerando as especialidades mais demandantes.

Tabela 1: Quantidade de solicitações de pré-altas por especialidades, de maio/2016 a setembro/2018

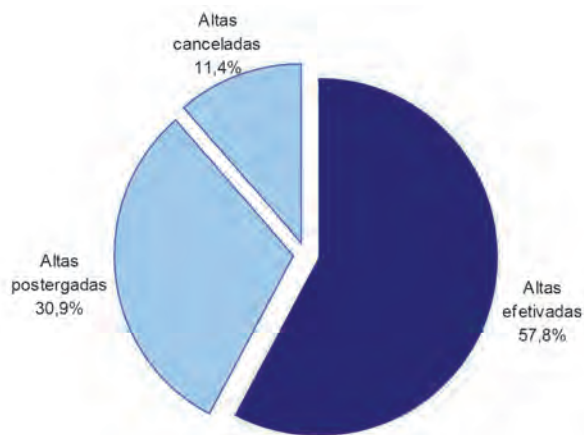
Fonte: elaborada pelos autores

Especialidades solicitantes	Solicitações de pré alta	% em relação ao total de solicitações
Cir. Cardíaca	248	28,8
Cir. Torácica	154	17,9
Cir. Geral	149	17,3
Cir. Vascular	82	9,5
Oncologia Cirúrgica	68	7,9
Outras especialidades	161	18,7
Totais	862	100,0

Das pré-altas solicitadas, foram efetivadas 498 altas (57,8%), 266 foram postergadas (30,9%) e 98 foram canceladas (11,4%), o que pode ser observado no Gráfico 1.

Gráfico 1: Desfecho das solicitações de pré-altas, de maio/2016 a setembro/2018

Fonte: elaborado pelos autores



O monitoramento das efetivações das pré-altas é feito mensalmente, e analisa-se a evolução desse processo. O Gráfico 2 demonstra as taxas mensais de efetivação das pré-altas solicitadas desde o início do processo.

Gráfico 2: Taxas mensais de efetivação das pré-altas, de maio/2016 a setembro/2018

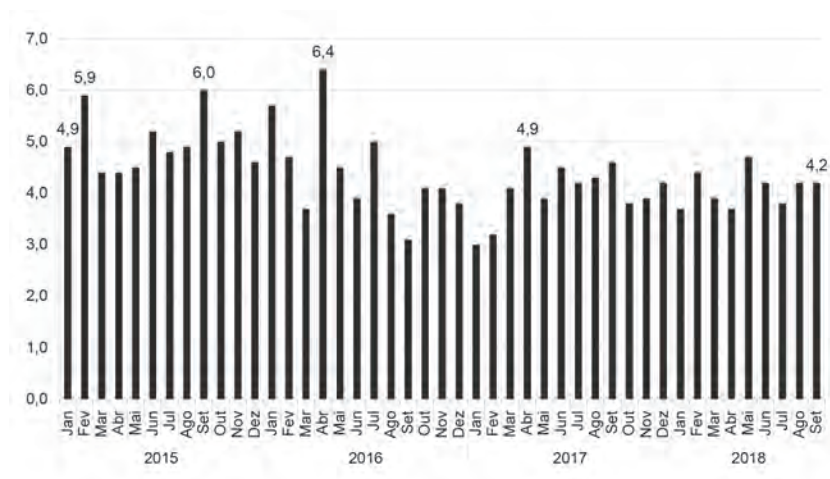
Fonte: elaborado pelos autores



A implantação do processo de previsão de altas do dia seguinte (pré-altas) permitiu o alcance de resultados diretos tanto para a UTI Cirúrgica como para o Bloco Cirúrgico.

Em relação ao tempo médio de permanência (TMP) na UTI Cirúrgica, foi possível observar uma melhora desse indicador após a implantação do projeto piloto, considerando-se os dados de 2015, quando não havia participação do NIR no round.

O Gráfico 3, a seguir, demonstra a evolução dos tempos médios de permanência na UTI cirúrgica. É importante salientar que cada décimo (0,1) no indicador de tempo de permanência importa muito, pois equivale a 2 horas e 24 minutos. Ainda, cabe observar no gráfico que, desde o início do projeto piloto (em maio/2016), os tempos médios de permanência oscilam menos e, na maior parte dos meses, está em até 4,5 dias.

Gráfico 3: Tempo Médio de Permanência da UTI Cirúrgica, de 2015 a 2018**Fonte:** Sistema GHC/Indicadores

Em relação ao Bloco Cirúrgico, pode-se observar uma melhora na redução de suspensões cirúrgicas por falta de leito de UTI tanto em termos absolutos como relativos, comparando-se os mesmos períodos dos anos 2016 (quando do início do projeto e 2018). Essas informações podem ser visualizadas na Tabela 2.

Tabela 2: Comparação de indicadores de suspensão de cirurgias por falta de leitos de UTI**Fonte:** elaborada pelos autores

	Total de suspensões por falta de leitos de UTI	Média mensal de suspensões por falta de leitos de UTI	Taxa de suspensões por falta de leitos de UTI
jan a set/2016	44	4,9	5,4%
jan a set/2018	22	2,4	2,6%

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto piloto foi implantado com sucesso e, atualmente, a participação nos *rounds* da UTI faz parte da rotina do NIR. Essa experiência foi possível graças à parceria estabelecida entre o NIR e a UTI, principalmente, com os profissionais do setor, que já tinham uma rotina estabelecida da aplicação do *check list*. O NIR veio contribuir nesse processo, a partir da experiência de outro hospital, adaptando-o à realidade e à necessidade local.

A UTI Cirúrgica e o Bloco Cirúrgico inserem-se em um contexto onde há escassez de leitos de UTI para a demanda crescente por procedimentos de alta complexidade, e o NIR trabalha de forma a dar suporte aos dois setores, atuando, também, em outras frentes, como a Sala de Recuperação, que também necessita de celeridade no fluxo de saída para viabilizar cirurgias programadas.

Acredita-se que tal experiência pioneira trouxe benefícios para os setores, uma vez que, segundo relatos dos gestores da UTI e do Bloco Cirúrgico, os conflitos cotidianos gerados pela disputa dos leitos de UTI entre as especialidades cirúrgicas foram minimizados.

REFERÊNCIAS

GILLIES, M.A.; WIJEYSUNDERA, D.N.; HARRISON, E.M. Counting the cost of cancelled surgery: a system wide approach is needed. **British Journal of Anaesthesia**, v.121, n.4, p.691-694, 2018. Disponível em: [https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(18\)30643-3/pdf](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(18)30643-3/pdf) Acesso em 19out.2018.

SAHRAOUI, Abderrazak; ELARREF, Mohamed. Bed crisis and elective surgery late cancellations: an approach using the Theory of Constraints. **Qatar Medical Journal**, v.2014, art.1.

A ADOÇÃO DO KANBAN: DE FERRAMENTA SINALIZADORA A UM SISTEMA DE GESTÃO DE PROCESSOS ASSISTENCIAIS

Alexandra Jochims Krueel

O Programa SOS Emergências, instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 2011, reunia um conjunto de ações mínimas a serem implantadas em cada hospital que fizesse parte dessa iniciativa, dentre elas, a adoção da ferramenta *kanban* (BRASIL, 2012).

O sistema *kanban* é um elemento sistema *just in time* (JiT) de manufatura, pertencente aos Sistemas de Produção da Toyota (SPT), ou seja, ao Pensamento *Lean*. Nesse sistema, enfatiza-se o “conceito zero”, que significa a busca e o alcance de metas mínimas de desperdícios, como: erros, perdas, filas, tempos perdidos, etc. Para tanto, é preciso assegurar que os processos estejam alinhados e sejam alimentados nos tempos e nas quantidades corretas (KUMAR e PANNEERSELVAM, 2007).

No seu início, o *kanban* era uma forma de sinalização visual de controle e monitoramento na área industrial. Quando foi criado, tratava-se do uso de cartões coloridos, que sinalizavam medidas de estoque, pontos de restrições nos fluxos de produção, entre outros e, com isso, daria para prever e planejar o andamento dos processos de produção. No entanto, salientam Gupta, Al-Turki e Perry (1999) que, ao longo dos anos, a concepção de *kanban* passou a ser considerada como um sistema de informação, de comunicação.

O *kanban* começou a ser adotado no campo dos serviços e a ser aprimorado com a contribuição da informática. Há controvérsias no uso da nomenclatura *kanban*, principalmente, na área de serviços e no campo da saúde, pois, nessas áreas, não seria fiel ao que foi proposto para a manufatura inicialmente.

É possível compreender o uso do *kanban* nos serviços a partir do entendimento que, como um elemento do JiT aplicado a tal área, traz, em sua essência, alguns elementos que devem nortear sua adoção, a saber (DUCLOS, SIHA e LUMMUS, 1994):

- Sincronização entre as demandas e as entregas aos consumidores (os quais, em geral, estão envolvidos no processo de prestação de serviços, esperando por resultados);
- Equilíbrio das informações e do fluxo do trabalho, em todas as etapas do processo, de forma a evitar estoques (no caso dos hospitais, por exemplo, acúmulo de pessoas aguardando por

um determinado exame, por incompatibilidade de tempos de processos e demanda);

- Total visibilidade dos componentes do processo a todos os envolvidos nele, de forma a prover oportunidades de aprendizado, investigação e melhoria dos processos e, com isso, gerar compromisso;
- Instigar o hábito de buscar a melhoria contínua do processo, por meio de reconhecimento de necessidades e oportunidades de agilizar e qualificar os processos, bem como de pequenas e constantes conquistas;
- Enfoque holístico para a eliminação de desperdícios, ou seja, adoção dessa compreensão por todas as pessoas, de todas as funções e em todos os níveis funcionais;
- Flexibilidade no uso de recursos, de forma a atender as necessidades da demanda;
- Respeito pelas pessoas, seja dos profissionais com os consumidores, seja da organização com seus profissionais.

Dessa forma, embora não se esteja lidando com cartões para monitoramento de estoques ou pontos específicos de uma linha de produção, ainda se está lidando com processos que demandam etapas, insumos e tempo e que geram perdas, por isso, requerem sistemas de controle e monitoramento.

Ainda, embora pareça ser uma simples ferramenta, o sistema *kanban* pode ser compreendido como uma filosofia de gestão, pois sua adoção demanda controle de fluxos que, por sua vez, demanda mudanças na cultura da organização, a qual deve espelhar-se na melhoria contínua de seus processos e resultados (KUMAR e PANNEERSELVAM, 2007).

O INÍCIO DO *KANBAN* NO HNSC: UMA FERRAMENTA MANUAL

Em maio de 2012, foi implantado o *Kanban* nas Salas Vermelha e Laranja da Emergência. Inicialmente, tratava-se de um processo manual, que consistiria na colocação de placas de identificação nos leitos, nas quais constavam alguns dados: nome completo do paciente, especialidade de internação e data de internação. Tal medida visava promover mais segurança no que se refere à identificação do paciente. Foi preciso adquirir placas de acrílico com espaço para duas folhas A4. A Figura 1, a seguir, mostra as placas instaladas nas macas.

Figura 1: Foto das placas *kanban* versão 1
Fonte: arquivos da Gerência de Pacientes Externos



Todavia, decidiu-se, também, aproveitar o método para que se pudesse identificar quais pacientes estavam nas duas salas e tinham condições de transferência para a sala de menor gravidade na própria Emergência (Sala Verde) ou serem encaminhados para leito de internação nas especialidades médicas.

Assim, decidiu-se reclassificar os pacientes por meio do Protocolo *Emergency Severity Index – ESI*, a cada 12 horas, e inserir esses dados na placa. Dessa forma, a placa *Kanban* passou a ser realimentada, a cada 12 horas, pelo enfermeiro da sala, com a identificação da gravidade sendo feita por meio de adesivos coloridos (cinco cores, conforme o Protocolo) e com a análise de adequação, ou não, ao tempo de internação na unidade.

À época, a lotação da Emergência era extremamente alta, assim como os tempos de permanência. Não era raro que os pacientes permanecessem por mais de dez dias internados. A análise sobre a adequação ao tempo de internação (ou não), a cada reclassificação, dava-se a partir de uma classificação que previa tempos aceitáveis de até 60 horas (2,5 dias) na Emergência, para pacientes de menor gravidade (verde), que concorriam por leitos, principalmente, na Medicina Interna.

A Figura 2 ilustra essa alteração e a aplicação da ferramenta.

Figura 2: Foto de placa *kanban* versão 2, com as indicações de priorização de risco a cada 12 horas

Fonte: arquivos da Gerência de Pacientes Externos



Ao final de um mês, o processo foi avaliado quanto à adesão ao preenchimento dos dados, à evolução dos pacientes, à adequação de tempos nos sítios assistenciais e à movimentação dos pacientes nos sítios assistenciais. Identificou-se a necessidade de informatização do *kanban* para que pudesse ser acompanhado para além do âmbito local e operacional.

A INFORMATIZAÇÃO DO KANBAN

Em setembro de 2012, quatro meses após seu início, parte do método foi informatizado, o que permitiu identificar, em tempo real, em cores e por sítio assistencial, a adequação dos tempos de permanência dos pacientes nos sítios assistenciais, bem como a especialidade para onde se aguardava o leito. Esse modelo não incluía as reclassificações, o que não foi um problema, uma vez que o próprio processo de reclassificação havia sido suprimido, por não

fazer mais sentido diante do contexto de menor lotação em relação ao início de sua implantação.

A Figura 3 mostra a interface do *kanban* versão 3, já informatizado parcialmente.

Figura 3: Interface do *kanban* versão 3, parcialmente informatizado
Fonte: Sistemas GHC



Registro	Nome	Sexo	Leito	Serviço	Data Chegada	Hora Chegada	Local
		M	5111	MEDICINA INTERNA	10/11/2012	19:27	EMER4
		M	5108	HEMATOLOGIA	19/11/2012	13:18	EMER4
		F	5104	MEDICINA INTERNA	19/11/2012	16:07	EMER4
		M	5101	DOR E CUIDADOS PALIATIVOS	19/11/2012	20:23	EMER4
		M	5102	MEDICINA INTERNA	19/11/2012	23:56	EMER4
		F	5110	NEUROLOGIA	20/11/2012	8:55	EMER4
		M	5106	MEDICINA INTERNA	20/11/2012	12:39	EMER4
		M	5112	ONCOLOGIA	21/11/2012	9:05	EMER4
		M	5109	MEDICINA INTERNA	21/11/2012	17:22	EMER4
		M	5107	MEDICINA INTERNA	22/11/2012	0:57	EMER4
		F	5115	MEDICINA INTERNA	22/11/2012	11:56	EMER4

Ressalta-se que, assim como na versão anterior, o tempo de permanência era destacado com cores, dessa vez, com intensificação dessas cores. Quanto mais intensa, mais tempo o paciente estava na Emergência. Visto que o próprio TMP já havia melhorado na Emergência, o tempo aceitável de permanência reduziu em relação à versão anterior, passando de até 60 para até 48 horas (2 dias).

Essa versão do *kanban* passou a ser utilizada, diariamente, pelas Gerências de Pacientes Externos (GPEx) e de Unidades de Internação (GUI), pela Coordenação da Emergência e pelo NIR, como forma de identificar, em principal, os pacientes que estavam na Emergência há mais tempo do que havia sido acordado no HNSC. A partir disso, buscava-se descobrir os motivos para as permanências altas na Emergência e intervir em cada caso diretamente.

Na medida em que seu uso foi sendo consolidado no nível gerencial, percebia-se a necessidade de qualificação do modelo, de forma a permitir que se visualizassem, em tempo real, outras informações, como as pendências que estivessem impactando na permanência dos pacientes na Emergência.

Em 2015, o *kanban* foi qualificado e passou a integrar a plataforma *Business Intelligence* (BI), agregando a possibilidade de identificação

de pendências, a idade do paciente, o número de dias de permanência na Emergência, o diagnóstico inicial e se o paciente pertencia à área de abrangência do Serviço de Atenção Domiciliar. A própria interface foi modificada, tornando-se menos “pesada”, embora tivesse muitas outras informações.

Os médicos deveriam informar as pendências no sistema, antes de encerrar a prescrição do dia. Para tanto, foi preciso definir e padronizar, previamente, uma classificação por tipos de pendências (por exemplo: finalização de tratamento medicamentoso, espera por leito de internação/consultoria/realização de exames, etc.), para que os médicos as selecionassem durante o preenchimento da ferramenta. Tal processo de categorização contou com a participação de profissionais de diversas áreas que já faziam uso da versão anterior e foi programado pela área de TI, para que o preenchimento fosse totalmente orientado e não houvesse margem para preenchimentos inadequados, não padronizados. A Figura 4 demonstra essa padronização.

Figura 4: Interface do *kanban* versão 4

Fonte: Sistemas GHC

KANBAN - Motivos de Permanência

Aguardando

- ☐ Consultoria
- ☐ Finalização de tratamento medicamentoso
- ☐ Leito
- ☐ Procedimento cirúrgico
- ☐ Transferência para outro hospital
- ☐ Transporte para transferência/alta

Exames

Realização	Laudo
☐ Biópsia	☐ Biópsia
☐ Cintilografia	☐ Cintilografia
☐ CPRE	☐ CRPE
☐ Ecografia	☐ Ecografia
☐ Endoscopia	☐ Endoscopia
☐ Hemodinâmica	☐ Hemodinâmica
☐ Laboratório	☐ Laboratório
☐ Radiológico (RX)	☐ Radiológico (RX)
☐ Ressonância Magnética	☐ Ressonância Magnética
☐ Tomografia	☐ Tomografia

☐ Instabilidade

☐ Problemas sociais

☐ Sem pendências

Previsão de Alta: 30/09/2017

Sair

Tal formato começou a ser utilizado, também, na área de internação, como projeto piloto, em duas unidades clínicas da Medicina Interna,

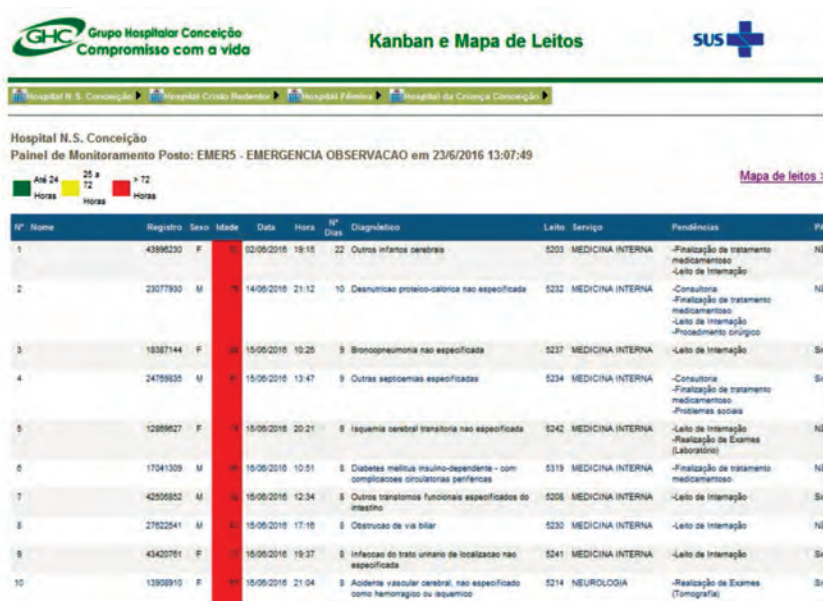
sendo uma delas a unidade de retaguarda (4ºB1). Outras unidades decidiram adotar a ferramenta com preenchimento de pendências, mesmo não fazendo parte do projeto piloto, como a Emergência, a Cardiologia, a Oncologia e a Cirurgia Vascular. Posteriormente, todas as unidades da Medicina Interna passaram a utilizar a ferramenta.

Assim, com a participação de diferentes unidades, foi preciso, ainda, definir com cada especialidade: o tempo aceitável de permanência (com base na historicidade da TMP da especialidade), o tempo de alerta para encerramento do tempo aceitável (também variável) e a expectativa ultrapassada de tempo de internação. Tais tempos eram destacados por cores, baseadas nas cores dos semáforos (verde, amarelo e vermelho, respectivamente). O preenchimento das pendências era obrigatório a partir da identificação de alerta de proximidade de encerramento de tempo aceitável de internação (cor amarela).

A Figura 5 mostra a interface do *kanban* na versão 4.

Figura 5: Interface do *kanban* versão 4

Fonte: Sistemas GHC



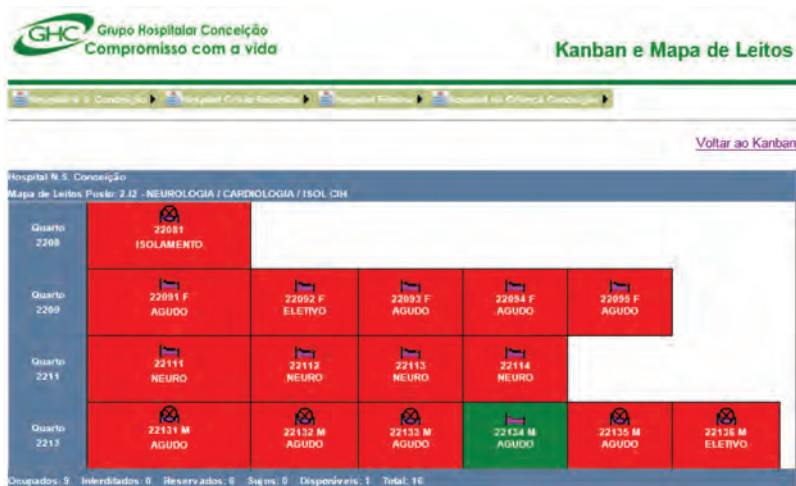
Item	Registro	Sexo	Idade	Data	Hora	Diagnóstico	Leito	Serviço	Pendências	PIC
1	4386230	F	10	02/05/2016	18:15	22 Outros infantes cerebrais	5203	MEDICINA INTERNA	-Finalização de tratamento medicamentoso -Leito de Internação	Não
2	23077930	M	15	14/05/2016	21:12	10 Desnutrição proteico-calórica não especificada	5232	MEDICINA INTERNA	-Consulta -Finalização de tratamento medicamentoso -Leito de Internação -Procedimento cirúrgico	Não
3	18387144	F	32	15/05/2016	10:28	9 Broncopneumonia não especificada	5237	MEDICINA INTERNA	-Leito de Internação	Sim
4	24759535	M	9	15/05/2016	13:47	9 Outras septicemias especificadas	5234	MEDICINA INTERNA	-Consulta -Finalização de tratamento medicamentoso -Problemas sociais	Sim
5	12959527	F	15	15/05/2016	20:21	9 Isquemia cerebral transitória não especificada	5242	MEDICINA INTERNA	-Leito de Internação -Realização de Exames (Laboratório)	Não
6	17041309	M	65	15/05/2016	10:51	8 Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações crônicas periféricas	5319	MEDICINA INTERNA	-Finalização de tratamento medicamentoso	Não
7	42050552	M	35	16/05/2016	12:34	8 Outros transtornos funcionais especificados do intestino	5206	MEDICINA INTERNA	-Leito de Internação	Sim
8	27622541	M	15	15/05/2016	17:18	8 Obstrução de via biliar	5230	MEDICINA INTERNA	-Leito de Internação	Não
9	43420781	F	15	15/05/2016	19:37	8 Infecção do trato urinário de localização não especificada	5241	MEDICINA INTERNA	-Leito de Internação	Sim
10	13959910	F	65	15/05/2016	21:04	9 Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorragia ou isquêmico	5214	NEUROLOGIA	-Realização de Exames (Tomografia)	Sim

Além disso, a interface associava o *kanban* ao mapeamento dos leitos do hospital - onde se pode identificar a tipologia (agudo ou

eletivo) e o *status* do leito (ocupado, disponível, bloqueado). A Figura 6 demonstra a interface do Mapa de Leitos.

Figura 6: Interface do Mapa de Leitos

Fonte: Sistemas GHC



O ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTAS E NOVAS QUALIFICAÇÕES DO KANBAN

Em 2017, o Escritório de Gestão de Altas (EGA) passou a intervir, diretamente, na potencialização das altas e, com isso, começou a utilizar o *kanban*. Diante de suas atribuições, o EGA percebeu a necessidade de qualificar mais o *kanban*, em termos de interface, de uso por parte dos prescritores e de aspectos gerenciais.

Os profissionais do EGA identificaram que a padronização existente (Figura 4) era ainda insuficiente para descrever as pendências e que havia diferenças de entendimento por parte dos prescritores para registrá-las. Assim, padronizou-se, primeiro, o conceito do que seria a pendência: a condição principal que, no momento da prescrição, estivesse impedindo a decisão terapêutica ou a alta hospitalar. A seguir, o EGA propôs a inclusão de novos descritores, como problemas sociais e espera por definições para suporte à alta (medicação, dieta enteral, oxigênio domiciliar, clínica de diálise, etc.). Também, foi sugerido um novo *layout* mais amigável aos prescritores e com preenchimento escalonado, em que, para cada tipo de pendência, abriria uma tela de

detalhamento. Por exemplo, se a pendência fosse “exames”, abriria uma tela para seleção de qual exame, bem como se aguardava-se por agendamento ou pelo laudo do exame (EGA, 2017). A Figura 7 mostra tais telas, que passaram a ser utilizadas em dezembro/2017.

Figura 7: Telas para registro de pendências, *kanban* versão 5

Fonte: Sistemas GHC

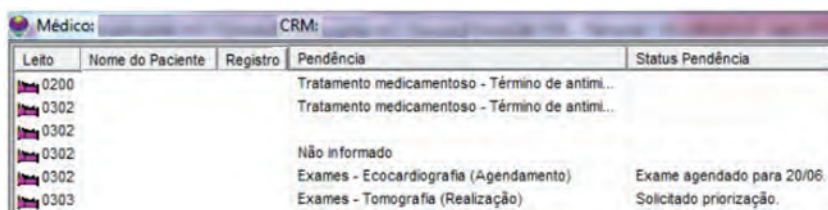
The image displays two overlapping screenshots of a web application titled "kanban Clínico - Pendências". The left window shows a sidebar menu with categories: Exames, Patologia (Laudo), Consultoria, Aguarda: medicação VO; dieta SNE; Problema social, Transporte para alta, Transferência para outro hospital, and Não desejo preencher agora esta tela. The main content area has a "PENDENCIAS" header and a "Tratamento medicamentoso" section. The right window shows a more detailed view of the "Tratamento medicamentoso" section, with a "Previsão de alta hospitalar" dropdown, a "PENDENCIAS" header, and a "Tratamento medicamentoso" section. This section includes a "Término de antimicrobiano" section with a "Previsão término/ajuste de tratamento" dropdown, and an "Ajuste de tratamento" section with a list of medical conditions: Anticoagulantes, Anticonvulsivantes, Diabetes, IC/Cardiopatia isquêmica, DPOC/Asma, and Outros. There are "Salvar" and "Limpar" buttons at the bottom.

Nessa quinta versão, na tela de monitoramento gerencial (ver Figura 5), foram agregadas as seguintes informações: médico assistente, data e hora do registro da pendência, *status* da pendência (descritivo em campo aberto e com escolha de pendência concluída/não concluída), data e hora de informação sobre tal *status*, *login* do informante sobre o *status* da pendência e previsão de alta do paciente. A data, a hora da internação e o diagnóstico inicial foram retirados desse modelo. Além disso, em 2018, novos ajustes da codificação foram feitos.

O EGA identificou, também, que a atuação não era sistematizada e que não havia *feedback* para as equipes sobre o *status* das pendências que haviam sido reportadas. Assim, criou-se uma forma de comunicação desse status aos médicos, para que pudessem ver, no sistema de informações, a lista de pacientes sob sua responsabilidade e o *status* da pendência. A Figura 8, a seguir, demonstra parte da tela onde os médicos podem acessar as informações relativas às pendências.

Figura 8: Tela para acompanhamento das pendências por parte do médico assistente, *kanban* versão 6

Fonte: Sistemas GHC



Leito	Nome do Paciente	Registro	Pendência	Status Pendência
0200			Tratamento medicamentoso - Término de antimi...	
0302			Tratamento medicamentoso - Término de antimi...	
0302			Não informado	
0302			Exames - Ecocardiografia (Agendamento)	Exame agendado para 20/06.
0303			Exames - Tomografia (Realização)	Solicitado priorização.

Além dos aprimoramentos nos sistemas de informação, em 2017, foram adquiridos e instalados televisores para acompanhamento das pendências do *kanban* em unidades pilotos e estratégicas. Este é um dos próximos desafios: a utilização efetiva desses mecanismos de comunicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos anos, a ferramenta *kanban* vem sendo transformada no HNSC, de forma que possa ser, cada vez mais, um efetivo instrumento de trabalho tanto no nível operacional como no nível gerencial. Atualmente, ele está em sua sexta versão.

No nível operacional, estão as pessoas que atendem, diretamente, os pacientes. Ali, estão incluídos os processos de prescrição, planejamento terapêutico e de alta, bem como os *rounds* multidisciplinares. No nível gerencial, estão as tomadas de decisão, principalmente, com vistas a agir frente às pendências que podem emperrar os processos assistenciais. Nesse sentido, atua-se para evitá-las e para corrigi-las.

Como toda mudança no âmbito da cultura organizacional, há resistências a serem ainda enfrentadas. Tem-se a expectativa de que se possa chegar a patamares maiores de compreensão sobre a importância da ferramenta tanto no nível operacional como no nível estratégico. Dessa forma, os desafios atuais podem ser evidenciados da seguinte forma: no nível operacional, pela necessidade de ampliar a adesão médica ao seu uso, incluindo o compromisso com o preenchimento adequado das pendências por parte dos médicos prescritores; já no nível gerencial, pelo monitoramento mais efetivo das pendências, de forma que se possa fazer diagnósticos e planos de solução a causas desses eventos e, também, pela prática mais frequente e efetiva de *feedback* por parte da gestão em relação a tais diagnósticos e propostas de solução.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.663, de 06 de agosto de 2012**. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html

DUCLOS, Leslie K.; SIHA, Samia M.; LUMMUS, Rhonda R. JIT in services: a review of current practices and future directions for research. **International Journal of Service Industry Management**, v.6, n.5, p. 36-52, 1995. Disponível em: <http://www.farrell-associates.com.au/papers/jit%20in%20services%20-%20current%20practices.pdf> Acesso em: 25out.2018.

EGA. Escritório de Gestão de Altas do HNSC. **Reestruturação da ferramenta kanban**. Apresentação em Microsoft Powerpoint® para uso interno. Outubro de 2017.

GUPTA, Surendra M.; AL-TURKI, Yousef A.Y.; PERRY, Ronald F. Flexible kanban system. **International Journal of Operations & Production Management**, v.19, n.10, p.1065-1093, 1999. Disponível em: <https://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/01443579910271700>. Acesso em: 25out.2018.

KUMAR, C. Sendil; PANNEERSELVAM, R. Literature review of JIT-KANBAN System. **Int J Adv Manuf Technol**, v.32, p.393-408, 2007.

A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA DESOSPITALIZAÇÃO: APROXIMAÇÃO E COMPROMISSO COM AS DEMANDAS SOCIAIS

Ana Paula Fabris Andreatta
André Wajner

Em setembro de 2017, com a criação do Escritório de Gestão de Altas (EGA), evidenciou-se a existência de pacientes que permaneciam internados por muito tempo devido a demandas sociais. Observou-se, também, que essas demandas advêm de um contexto mais complexo de vulnerabilidade social de pacientes e familiares em decorrência da fragilidade da rede de assistência, como, por exemplo, a indisponibilidade atual de vagas públicas para institucionalização de pessoas dependentes de cuidado. Tais situações associadas tornam o contexto dos pacientes com demandas sociais que permanecem internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) bastante desafiador para pacientes, familiares e profissionais de saúde, pois repercute na vida das pessoas. Além disso, repercute na organização e no fluxo hospitalar, como a demora para liberação de leitos e a diminuição da rotatividade destes, o que limita o acesso de outros pacientes ao serviço.

Observou-se que, em razão da fragilidade da rede de apoio familiar e da rede de suporte assistencial pós-hospitalar, bem como da baixa condição econômica das famílias, a organização para a alta hospitalar torna-se um processo muito complexo, caracterizado por poucas possibilidades efetivas de desospitalização. Nesses casos, algumas famílias optam pelo ingresso de ações na Defensoria Pública (DP) para a institucionalização ou na Promotoria de Direitos Humanos (Ministério Público/MP). Todas essas situações sociais recebem atenção especial do Serviço Social do EGA e são abordadas, conjuntamente, à Assessoria Jurídica do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Essa interlocução resulta em um fluxo diferenciado de atuação profissional. Este capítulo abordará a inserção do Serviço Social no EGA, sua importância e seus exemplos de atuação.

O INÍCIO DA INSERÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO EGA

O início da atuação profissional do Serviço Social do EGA foi marcado pela busca do histórico dos desfechos judiciais de pacientes com longa permanência no Hospital. Essa busca foi desafiadora e

mobilizou não somente o EGA, mas, também, o Serviço Social de todas as unidades de internação do Hospital e a Assessoria Jurídica do GHC.

Foram identificados 58 pacientes com situações encaminhadas à DP e ao MP por meio da análise do histórico de 2015 a 2017. No entanto, apenas onze daqueles pacientes (19%) obtiveram um desfecho por intermédio desses órgãos, sendo que o principal tipo de desfecho foi o encaminhamento dos pacientes a instituições de longa permanência. Em decorrência do tempo transcorrido, alguns dados relacionados aos encaminhamentos ao poder público dos anos 2015 e 2016 podem estar subdimensionados, mas tais dados representam uma importante análise sobre a efetividade desses encaminhamentos e sobre a ocorrência de outros desfechos. Dos 58 pacientes, 23 (39,7% dos casos) foram resolvidos por organização familiar (principalmente, ida para casa com familiares, amigos, vizinhos ou o próprio cuidador, mas também havia ida para instituições de longa permanência). Um paciente foi transferido para um hospital de menor complexidade e um paciente foi para ILPI por intermédio da FASC. Infelizmente, ocorreram 17 óbitos (29,3% dos casos), 2 evasões (3,4%) e 3 permanências em internação hospitalar (5,2%).

A análise do histórico dos encaminhamentos realizados pela DP e MP representou uma parte importante da atuação profissional e do engajamento e aproximação inicial do Serviço Social do EGA com as demandas sociais que impactavam na alta hospitalar.

Posteriormente, as equipes do EGA e da Assessoria Jurídica do GHC participaram de uma reunião do chamado de “Grupo da Saúde”, que ocorreu no Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, onde estavam presentes desembargadores, defensores públicos e promotores públicos, além de referências das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde. A participação nessa reunião foi uma oportunidade de socializar os dados dos pacientes que permaneciam internados por motivo social e, também, o histórico dos desfechos da DP e MP. Naquela oportunidade, foram ressaltados, ainda, os desfechos por óbito e os riscos que a longa permanência hospitalar pode acarretar aos pacientes, como o contato com bactérias multirresistentes e a ocorrência de infecções hospitalares, e, por consequência, o aumento de tempo de internação, a perda de autonomia e, até mesmo, a morte.

MONITORAMENTO DAS DEMANDAS SOCIAIS

Com a criação do EGA, foi realizado, também, um mapeamento que resultou em um monitoramento diário das demandas sociais,

com a identificação de situações que impactassem na internação e na organização voltada para o período pós-hospitalar, por exemplo, pacientes dependentes de cuidados que não possuem familiares de referência e/ou cuidadores e pessoas em situação de rua que tiveram alguma alteração em sua condição de saúde, como confusão mental e dependência para atividades de vida diária.

O monitoramento das situações ocorre mediante a visualização diária das solicitações de consultorias feitas ao Serviço Social da Emergência e das unidades de internação (UIs) e representa um importante fluxo de trabalho, pois visa à identificação precoce das demandas sociais. Além disso, é uma ferramenta para atuação conjunta às assistentes sociais das diferentes especialidades.

O monitoramento auxilia na produção de dados, como o histórico atualizado de demandas sociais, que contempla a identificação dos pacientes, das datas de internação, condição de alta, efetiva alta e encaminhamento para DP e MP, bem como o desfecho das situações.

Outras importantes ferramentas para produção desses dados e atuação profissional são o *kanban*¹ (sistema integrado ao prontuário eletrônico em que o médico identifica a principal pendência para alta hospitalar) e a participação nos *rounds* multidisciplinares², em que podem ser visualizadas as pendências sociais e suas especificidades, como paciente aguardando abrigo/moradia ou aguardando organização familiar/institucionalização. O *status* dessas pendências sociais é, constantemente, atualizado pelas assistentes sociais das unidades de internação.

Outro fluxo importante é a atuação do Serviço Social na Emergência do HNSC, em que a identificação de demandas sociais pode ocorrer no momento do ingresso do paciente no ambiente hospitalar. Para que esse primeiro contato seja realizado, devem ser observadas determinadas características (também chamadas de perfis), como: idosos dependentes de cuidados, pacientes que não têm recebido visita de familiares, pacientes que apresentam doenças psíquicas e pessoas em situação de rua. Em todas essas situações, verifica-se, principalmente, se existem o suporte familiar adequado e o contato com a rede de assistência e saúde. O fluxo mencionado é resultado da reorganização da atuação do Serviço Social e do redirecionamento de um olhar voltado à identificação de tais demandas precocemente,

¹ Neste módulo, há um capítulo específico sobre a implantação do *kanban* no HNSC.

² Neste módulo, há um capítulo específico sobre a implantação de *round* na UTI Cirúrgica.

com a consequente realização de encaminhamentos qualificados, que também representam objetivos da equipe do EGA.

SUPORTE ÀS FAMÍLIAS

O EGA atua no sentido de dar suporte e auxílio às demandas sociais, principalmente, nas mais complexas, como famílias que apresentam dificuldades para organização da alta hospitalar. O subsídio para a organização familiar é prioridade da atuação do Serviço Social do EGA, que centraliza ações no sentido de evitar internações mais prolongadas.

A primeira ação a ser realizada é a verificação da possibilidade de suporte familiar, das condições econômicas do paciente e de seus familiares e a identificação dos cuidadores.

Ressalta-se que existem situações diversas, mas há uma urgência (imposta pelo contexto de hospitalização) de tomada de decisão da família, no sentido de realizar os cuidados em domicílio, com a definição de cuidador(es) ou na busca por vaga em alguma instituição de longa permanência.

A atualização da lista de clínicas geriátricas, que é entregue pelo Serviço Social da Emergência e das UIs aos familiares, foi uma das primeiras atribuições do Serviço Social do EGA, sendo uma das principais alternativas das famílias frente aos cuidados pós-hospitalares. Foram atualizadas informações sobre critérios de inclusão de pacientes nas clínicas (como isolamento de contato e grau de dependência) e sobre valores financeiros, para que os atendimentos com as famílias já apresentassem um direcionamento voltado às suas condições econômicas. Ressalta-se que o Serviço Social do EGA, da Emergência e das UIs não indica locais de preferência e orienta sempre os familiares a conhecerem as instituições e seus fluxos.

O Quadro 1 demonstra um exemplo de acompanhamento realizado pelo Serviço Social do EGA com vistas à organização familiar.

Quadro 1: Exemplo de atuação do Serviço Social do EGA

Fonte: elaborado pelos autores

J.D.P.S., 67 anos Condições clínicas: paciente com sequelas de AVC. Confuso, acamado e totalmente dependente. Situação social: Paciente agricultor em município do interior com renda de um salário mínimo. Idoso com suporte familiar (irmãos), mas residia sozinho. Familiares sem condições de assumir os cuidados em domicílio. Período da internação: de 11/08 a 11/10/2017 (61 dias) Consultoria emitida pela equipe assistente ao EGA em 02/10/2018
Ações do SS EGA: • Contato com SMS do município de origem, a fim de verificar suporte do município. Município e Região não possuem clínica para pacientes em isolamento. • Atuação com familiares: ○ Contatos e entrevistas; ○ Entrega de material com informações sobre instituições de longa permanência, de acordo com a renda do paciente; ○ Orientações sobre interdição e curatela. • Contato com equipe assistente para confirmação de condições de alta;
Alta realizada para instituição de longa permanência, com ambulância do município onde o paciente passará a residir, na Região Metropolitana de Porto Alegre/RS.
Tempo entre consultoria e alta do paciente: 8 dias

No caso apresentado, a orientação à família foi fundamental para a efetiva alta hospitalar e, em diversas situações, direciona a atuação do Serviço Social, pois os atendimentos são realizados para auxiliar e subsidiar as famílias no processo de organização.

Para tanto, outras ações podem ser demandadas, conforme cada caso, como a verificação da possibilidade de vinculação ao Programa Melhor em Casa e/ou Programa de Atenção Domiciliar do GHC (conforme critérios preestabelecidos) e à Unidade Básica de Saúde de referência. Também, pode ocorrer a necessidade de orientações sobre abertura de processo de interdição e confecção de procuração, sobre recursos disponíveis e encaminhamentos para serviços, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Serviço de Atendimento à Família (SAF), assim como a solicitação de vaga em abrigo para pacientes em situação de rua. Pode haver, ainda, a necessidade de abertura de processo de institucionalização via DP, que é um caminho mais tardio e utilizado em último caso para a desospitalização, pois prolonga a ocorrência de um desfecho e costuma demorar alguns meses para a efetiva alta hospitalar. O próximo tópico abordará essa realidade.

ENCAMINHAMENTOS PELAS VIAS JUDICIAIS

Observa-se, neste relato, que o diálogo com familiares, em conjunto à Assessoria Jurídica, propiciou maior clareza sobre o andamento processual

e os encaminhamentos, com destaque para a realização de combinações e maiores esforços coletivos na busca por um desfecho positivo. Constatase o quão efetiva foi a participação do SS do EGA, mediante a interlocução realizada com a DP e a família, que resultou na institucionalização da paciente. Essa atuação conjunta, somando-se a rede e os órgãos de representação, continuará a subsidiar a atuação profissional em busca da garantia de direitos e poderá possibilitar que a população tenha mais acesso a um atendimento qualificado e a leitos hospitalares. Todas as situações sociais mais complexas que exigem o encaminhamento da família via Defensoria Pública (DP) e o relato da situação social para o Ministério Público (MP) estão centralizadas no Serviço Social do EGA.

Desde 2017, são realizadas reuniões mensais com a Assessoria Jurídica do GHC, com o intuito de debater sobre os processos e os expedientes em andamento, atualizar as informações e socializar orientações sobre encaminhamentos a ser realizados, como contato com familiares e com o próprio MP e DP.

Houve situações em que foi preciso que o Serviço Social do EGA atuasse junto à DP para obter maior agilidade nos processos, com o encaminhamento de orçamentos e alvarás de instituições de longa permanência, nos casos dos pacientes com menos de 60 anos e dependentes de cuidados.

São realizadas, mensalmente, reuniões entre familiares, SS do EGA, UIs e Assessoria Jurídica, momento em que são expostos, às famílias, os riscos da internação prolongada. Nessas reuniões, os familiares podem expor suas dificuldades e são orientados pelo gerente da Assessoria Jurídica sobre encaminhamentos a serem realizados. Também, adota-se uma postura bastante assertiva, o que gera bons resultados, visto que ocorrem combinações com familiares sobre prazos para abertura do processo de institucionalização, para a procura de vaga em instituição de longa permanência e para organização familiar.

Em um ano de atuação do SS do EGA, foram realizadas onze reuniões entre os atores mencionados, sendo que:

- Cinco pacientes receberam alta por meio de organização familiar ou institucionalização via DP;
- Quatro pacientes permanecem internados;
- Um paciente evoluiu a óbito;
- Um paciente foi transferido para hospital de menor complexidade por solicitação da família e com o intermédio da equipe do EGA.

O Quadro 2 exemplifica a atuação do SS do EGA, com interface da Assessoria Jurídica, que culminou com a institucionalização de uma paciente via DP.

Quadro 2: Exemplo de atuação do Serviço Social do EGA e da Assessoria Jurídica em processo de alta e institucionalização via Defensoria Pública

Fonte: elaborado pelos autores

R.O.L., 89 anos Condições clínicas: paciente ingressa com infecção urinária e durante a internação evolui para dependência total (restrita ao leito, não responsiva) Situação social: Paciente residia sozinha e apresentou como referências familiares sobrinhos, que informaram não dispor de condições financeiras de realizar os cuidados. Paciente com renda de 2 salários mínimos. Período da internação: de 05/05/2017 a 21/06/2018 (418dias, ou seja, cerca de 1 ano e 2 meses)
Histórico do caso: 11/05/2017: Médico assistente solicita a presença de familiares. Assistente social realiza contato com sobrinho e combina vinda ao Hospital. 26/07/2017: Médico assistente comunica assistente social que paciente apresenta condições de alta e que necessita de clínica para cuidados. Assistente social realiza contato com familiar que discorda da condição de alta da paciente. Solicita novamente ao familiar que converse com equipe médica. 17/08/2017: Familiar expressa novamente para assistente social que discorda da alta, pois paciente estava em isolamento de contato. Informa que paciente já estava interditada e que já haviam iniciado processo de institucionalização via DP, mas que estavam com dificuldade de conseguir os orçamentos das clínicas. 05/10/2017: Assistente social do EGA realiza contato com sobrinho da paciente e o mesmo informa que vaga em clínica foi negada pela Prefeitura e que havia conseguido os orçamentos, mas que não haviam sido entregues. Familiar informou que compareceria em breve na DP. 10/11/2017: Assistente social do EGA realiza novo contato com familiar que informa que aguarda preenchimento pelo médico assistente de laudo médico para ser entregue a DP. Familiar manifestou que o interesse de desospitalizar a paciente era do Hospital e que não conversou com o médico sobre o preenchimento do documento. 28/11/2017: Avisado familiar que o laudo médico encontra-se no prontuário da paciente. 01/12/2017: Assistente social do EGA encaminha para Assessoria Jurídica relato da situação social e laudo médico para serem encaminhados ao MP, tendo em vista percepção do familiar sobre a hospitalização; 28/03/2018: Realizada entrevista com familiares em conjunto com SS do EGA, da internação e Assessoria Jurídica. Familiares manifestaram dificuldades em conseguirem os orçamentos das clínicas. Foi encaminhada no mesmo dia para o familiar relação de clínicas; 02/04/2018: Familiar informa à assistente social do EGA que continua com dificuldades em encontrar orçamentos. Foi combinado o envio do contato de outras instituições de longa permanência; 11/04/2018: Familiar informa que entregou os orçamentos na DP e que aguarda decisão judicial. Entregue ao familiar documento de solicitação de fraldas preenchido pelo médico e realizada orientação sobre curso do TNEP. 02/05/2018: Familiar informa que juiz solicitou novos orçamentos, pois havia entendido que paciente não necessitaria de isolamento de contato. Encaminhado e-mail para defensora ressaltando que paciente necessitava de clínica para isolamento de contato; 06/06/2018: Encaminhado novo e-mail para defensora solicitando informações sobre o andamento do processo. 20/06/2018: Familiar comunica que foi realizado depósito de valores para pagamento da clínica. Repassada informações sobre as condições clínicas da paciente para proprietária da clínica. 21/06/2018: Solicitada ambulância do Hospital. Efetivada alta hospitalar da paciente.

Observa-se, neste texto, que o diálogo com familiares, em conjunto à Assessoria Jurídica, propiciou maior clareza sobre o andamento processual e os encaminhamentos, com destaque para a realização de combinações e maiores esforços coletivos na busca por um desfecho positivo. Consta-se que a participação do SS do EGA foi efetiva, mediante a interlocução realizada com a DP e família, o que resultou na institucionalização da paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O monitoramento diário das demandas sociais, as intervenções em conjunto ao Serviço Social das unidades de internação, as reuniões com a Assessoria Jurídica, a centralização das demandas encaminhadas ao MP e a DP, as reuniões entre familiares, Assessoria Jurídica e Serviço Social e a interlocução com famílias e também com MP e DP possibilitaram a criação de um fluxo de trabalho coeso. Este tem, como subsídio, a preocupação com a identificação precoce de demandas sociais que podem impactar no tempo de internação. Quanto mais precocemente essas situações forem identificadas, há mais tempo e oportunidade para que as famílias e os profissionais possam encontrar alternativas à hospitalização e, com isso, solucionar o problema que se apresenta.

A atuação conjunta entre Serviço Social, famílias e Assessoria Jurídica, com a rede e os órgãos de representação, continuará a subsidiar a atuação profissional em busca da garantia de direitos e poderá possibilitar que, cada vez mais, a população tenha acesso a um atendimento qualificado e a leitos hospitalares.

De setembro de 2017 a setembro de 2018, no que se refere à resolução de demandas sociais complexas, trinta e três pacientes, com média de internação de 191 dias, obtiveram desfecho para a internação prolongada por meio da organização familiar, da transferência para hospitais de menor complexidade e da institucionalização via DP e MP. Considerando o tempo entre a alta e a análise atual desses dados, tendo-se um tempo médio de internação de 10 dias e a ausência de leitos bloqueados, a alta desses pacientes potencializou, aproximadamente, 1.031 novas internações no HNSC.

A busca ativa por demandas sociais mediante consultorias, *rounds* multidisciplinares e *Kanban* também proporcionou a transferência de pacientes para hospitais de menor complexidade, com a concordância de familiares. Foram viabilizadas cinco transferências de pacientes para hospitais localizados nos municípios de origem das famílias ou mais próximos dos territórios em que residem.

Apesar da fragilidade da rede de assistência e da indisponibilidade de vagas em abrigos e instituições de longa permanência públicas para pacientes dependentes de cuidados, a reorganização dos fluxos de pacientes sociais por meio da inserção do SS no EGA resultou em melhorias, como o interesse coletivo em possibilitar a desospitalização segura. Certamente, essa inserção possibilitará a resolução de novas demandas sociais de forma mais precoce e integrada.

TRANSIÇÃO DO CUIDADO: INTERFACE ENTRE ATENÇÃO HOSPITALAR E ATENÇÃO DOMICILIAR NA DESHOSPITALIZAÇÃO SEGURA

Mauro Binz Kalil
Sati Jaber Mahmud
Thaise da Silva Nunes

O PROBLEMA DA SUPERLOTAÇÃO DA EMERGÊNCIA E DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

A superlotação dos serviços de emergência hospitalar é um fenômeno mundial caracterizado pela ocupação acima da capacidade de leitos, por pacientes acamados nos corredores, pelo tempo de espera para atendimento elevado, por estresse da equipe assistencial e pela pressão para novos atendimentos, tendo, como consequências, baixos desempenho hospitalar e qualidade assistencial (BITTENCOURT e HORTALE, 2009).

Nas últimas décadas, hospitais, em todo o mundo, têm enfrentado a triste realidade da superlotação das suas portas de emergência e de suas unidades de internação. Os hospitais prestadores de serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) também enfrentam esse fenômeno, tendo como alguns fatores que contribuem para essa realidade: dificuldades de financiamento e de gestão; Atenção Primária à Saúde com difícil acesso e baixa resolutividade; crescimento da população idosa e consequente aumento de doenças crônicas não transmissíveis.

Nessa linha, no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), que atua exclusivamente para o SUS, essa realidade não era diferente. Constantemente, seu serviço de Emergência ultrapassa sua capacidade de leitos, dificultando fluxos e a qualidade assistencial. As unidades de internação, em sua maioria, também estão superlotadas, por diversas causas que precisam ser otimizadas, como tempo médio de permanência, tempo de liberação do leito entre a alta hospitalar e a nova admissão, tempo de espera para realização de exames e problemas sociais, entre outros.

Diante dessa realidade, algumas iniciativas podem contribuir para a resolução do problema, como a transição do cuidado entre hospital e domicílio com segurança. Esse tipo de iniciativa qualifica a assistência, reduz o tempo de permanência do paciente em internação hospitalar e, consequentemente, possibilita o aumento da rotatividade dos leitos. Este capítulo apresenta a atuação do

Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (PAD-GHC) e, posteriormente, de sua parceria com o Escritório de Gestão de Altas (EGA) nos processos de transição do cuidado do hospital para o domicílio dos pacientes.

O PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO GHC (PAD-GHC)

Durante muitos anos, o planejamento de alta programada era praticamente inexistente, ocorrendo apenas em algumas equipes e/ou profissionais dependentes. As situações que envolviam pacientes com alto grau de dependência para suas atividades de vida diária e que necessitavam de treinamento para familiares e/ou cuidadores para cuidados com dispositivos, ostomas e curativos geravam demora na alta hospitalar devido à falta de planejamento e organização das famílias para a transição dos pacientes ao domicílio onde seria recebido. Além disso, a maioria das altas hospitalares não era referenciada à Atenção Primária à Saúde ou aos cuidados domiciliares de maior complexidade.

Ao longo dos anos, o GHC vem implementando ações para o enfrentamento da superlotação hospitalar e para a melhoria de processos de transição do cuidado. Dentre estas, está a criação do seu Programa de Atenção Domiciliar (PAD-GHC), em maio de 2004, abrangendo o território da Zona Norte de Porto Alegre/RS, com aproximadamente 400 mil habitantes e coberto por 45 Unidades Básicas de Saúde.

O PAD-GHC tem como objetivos principais: desospitalização precoce, redução de custos, transição e continuidade do cuidado e promoção da autonomia do paciente e do seu cuidador no domicílio.

Logo de início, o PAD-GHC estipulou critérios para a admissão dos pacientes no serviço: ser egresso dos hospitais do GHC, ser morador da Zona Norte de Porto Alegre/RS, ter estabilidade clínica, ter plano terapêutico viável no domicílio e ter a presença de cuidador para pacientes dependentes.

Além disso, por meio da Gerência de Informática do GHC, todas as ruas pertencentes ao território de abrangência do PAD-GHC foram cadastradas no sistema de informações do GHC. Também, foi criada uma forma de aviso ao médico sobre a possibilidade de inclusão dos pacientes no Programa: toda vez que o médico fosse prescrever a alta hospitalar para o paciente, automaticamente, abria uma janela de aviso (*pop up*) no prontuário eletrônico, informando que o paciente pertencia à área de abrangência do PAD-GHC. Assim, o médico poderia, caso desejasse, solicitar a inclusão do paciente no Programa.

Nos anos de 2008 a 2010, o PAD-GHC realizou reuniões de apresentação com as equipes das unidades de internação, como Medicina Interna, Cardiologia, Neurologia, Cirurgia Vascular, Ginecologia, Cuidados paliativos, entre outras. Além disso, todos os anos, o PAD-GHC apresenta-se a todos os residentes médicos R1 em seu ingresso no GHC.

Em 2011, o PAD-GHC participou, ativamente, da Campanha “100 dias + 1 no lugar certo”, assim como no início do Programa SOS Emergências, em 2012 (apresentados no primeiro módulo deste livro), com objetivo de agilizar processos e desafogar a Emergência do HNSC. Naquele período, o PAD-GHC teve participação ativa na captação de pacientes internados na Emergência, chegando a captar até 17 pacientes/mês. No entanto, as medidas para redução de superlotação (como a implantação de leitos de retaguarda e a abertura da UPA Moacyr Scliar), adotadas no HNSC, geraram mudança de perfil de pacientes e critérios de inclusão que competiam com os critérios do PAD-GHC. Com isso, o SAD/PAD-GHC reduziu a captação de pacientes na Emergência e passou a atuar com maior intensidade na desospitalização nas unidades de internação.

O PAD-GHC E O PROGRAMA MELHOR EM CASA

Em 2011, o Ministério da Saúde criou, por meio da Portaria nº 2.527/2011, o Programa Melhor em Casa (PMC), redefinindo a atenção domiciliar no âmbito do SUS, sendo mais um ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

A atenção domiciliar por meio do PMC é uma modalidade de atenção à saúde integrada às RAS, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e promoção à saúde, tratamento de doenças, reabilitação e palição, garantindo continuidade de cuidados no domicílio.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é constituído por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAPs), que atuam de forma complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, sendo substitutivo ou complementar à internação hospitalar. É papel do SAD gerenciar e operacionalizar a atuação dessas equipes.

São objetivos do PMC promover a desospitalização com qualidade e segurança e evitar reinternações desnecessárias, proporcionando um melhor aproveitamento dos leitos hospitalares e otimizando a sua oferta. O perfil de pacientes beneficiados pelo

programa abrange todas as faixas etárias, com doenças crônicas, agudas ou crônicas agudizadas.

O atendimento é feito por equipes multidisciplinares, formadas, principalmente, por médicos, profissionais de enfermagem, fisioterapeuta e assistente social. Outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e farmacêutico) poderão compô-las.

Além de proporcionar celeridade no processo de alta hospitalar, o atendimento domiciliar minimiza intercorrências clínicas, diminui os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, de idosos, e oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e seus familiares.

O Serviço de Atenção Domiciliar em Porto Alegre/RS

Em junho de 2014, o município de Porto Alegre/RS iniciou a habilitação de equipes do Programa Melhor em Casa, conforme a Portaria nº 963/2013, que definiu uma equipe para cada 100 mil habitantes. Portanto, havia possibilidade de quinze equipes a serem implantadas. O PAD/GHC, pela atuação já exercida e por população territorial já atendida, representaria quatro equipes do PMC.

Além disso, foi questionado, aos demais hospitais da Rede de Saúde de Porto Alegre/RS, sobre o interesse e a disponibilidade de habilitar outras equipes. Assim, foram implantadas outras duas equipes no Hospital Vila Nova, iniciando-se, então, a formação do Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Vila Nova (SAD-HVN).

No decorrer do tempo, outras cinco equipes foram habilitadas, chegando-se, ao final de 2016, com onze equipes, sendo quatro equipes do SAD/PAD-GHC e sete equipes SAD-HVN.

Em outubro de 2018, o Ministério da Saúde contemplou Porto Alegre/RS com a habilitação de mais quatro equipes, visando atingir 100% de cobertura do seu território com 15 EMADs. Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS POA) está em fase de definição do prestador de serviço das novas equipes.

DESENVOLVIMENTO DA PARCERIA SAD/PAD-GHC E EGA

O PMC prevê que as equipes acompanhem pacientes com critérios definidos como mais complexos, procedentes de qualquer ponto da

Rede de Atenção e que não estão nas atribuições de equipes de Atenção Primária a Saúde (APS).

Dessa forma, em outubro de 2017, iniciou-se uma parceria da Coordenação Municipal do PMC com o Escritório de Gestão de Altas do GHC (EGA), visando desenvolver ampla divulgação, dentro do HNSC, das capacidades das equipes do PMC atuantes nos territórios atendidos pelo SAD/HVN.

Para tanto, a Gerência de Informática desenvolveu uma forma de aviso ao médico, no momento da prescrição, de que o paciente pode ser direcionado ao PMC da SMS POA. Caso o médico indique, preenche o formulário com informações clínicas e seu telefone de contato e dispara esse aviso ao EGA. Por sua vez, o EGA providencia o direcionamento do paciente ao PMC.

Uma discussão prévia à alta sempre é estimulada para que os profissionais, ao assumirem os cuidados após a alta hospitalar, obtenham o maior número possível de informações. Por essa razão, considerou-se necessário que os médicos que se tornam responsáveis pelo paciente, em cuidado domiciliar, tenham acesso para consultar exames e avaliações/consultorias realizados durante a internação no HNSC, via sistema de informações do GHC. Foi criado um *link* para acesso às informações, mediante assinatura virtual (*login* e senha), no *site* institucional do GHC, conforme demonstra a Figura 1.

Figura 1: Tela de acesso inicial a informações do PMC

Fonte: www.ghc.com.br



A medida de disponibilizar as informações viabilizou um melhor entendimento dos casos direcionados, prevendo-se necessidades (como coleta de exames laboratoriais, por exemplo) e contribuiu, também, para um menor número de encaminhamentos a emergências ou reinternações.

Além disso, entendeu-se que seria importante estreitar a comunicação entre EGA e SAD/HVN, assim, um grupo de *WhatsApp*® foi criado, o que agilizou respostas a questionamentos, dinamizando o processo e acelerando a transição do cuidado e, conseqüentemente, a alta hospitalar.

A partir das iniciativas implementadas, a comunicação entre o SAD e as equipes assistentes hospitalistas multiprofissionais foi sendo aperfeiçoada e estreitada. Há comunicação contínua com os residentes médicos e multiprofissionais da saúde, em que são discutidos casos e é qualificado o pedido de consultorias para o SAD.

Além dos aspectos de comunicação, a parceria entre o EGA e o SAD/PAD-GHC tem ampliado a interface com as unidades de internação e, em 2018, foi criado um espaço formal de discussão clínica sobre transição do cuidado mensalmente, que é aberto a toda comunidade profissional e aos residentes do GHC.

RESULTADOS: a transição do cuidado entrando na cultura da instituição

Dentre as dificuldades encontradas no início do PAD-GHC, percebia-se uma resistência à alta precoce por parte dos profissionais médicos. Para melhor entendimento dessa resistência, em 2015, o PAD-GHC realizou uma pesquisa de levantamento com 150 profissionais, dos quais 50% eram médicos, por meio da aplicação de um questionário. Os resultados obtidos foram: 94% dos profissionais sabiam da existência do PAD-GHC; 48% conheciam, parcialmente, seu funcionamento e 8% desconheciam os fluxos do PAD-GHC. Sobre os critérios de inclusão do paciente no PAD, 14% dos profissionais não conheciam nenhum dos critérios. Quanto à crença nos benefícios do PAD para o paciente, 85% dos entrevistados atestaram estar a favor dos benefícios. Foram recebidas algumas sugestões para aumentar o conhecimento do Serviço: aumentar a divulgação, aumentar o território de cobertura do atendimento e abrir a possibilidade de encaminhamento dos pacientes ao serviço por parte de todos os profissionais, não apenas de médicos.

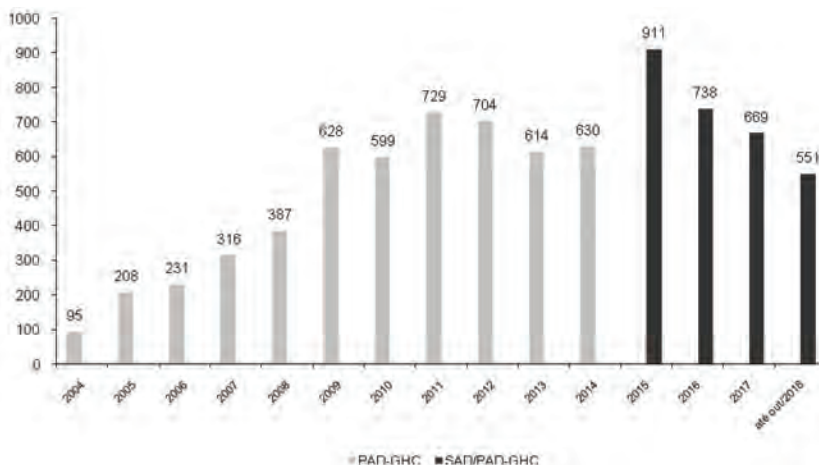
Diante dessa avaliação, o PAD-GHC passou a se apresentar, continuamente, na integração de novos trabalhadores e residentes do GHC, assim como ampliou o acesso ao pedido de consultorias para outros profissionais além dos médicos.

Após 14 anos de criação do PAD-GHC e de quatro anos de habilitação no Programa Melhor em Casa (PMC), o SAD/PAD-GHC possui uma demanda significativa de pacientes encaminhados pelos hospitais e, também, pelas unidades básicas de saúde (UBS), evitando possíveis internações hospitalares. Com o passar dos anos, a complexidade clínica dos pacientes em atenção domiciliar foi aumentando. Atualmente, tem-se um índice de comorbidade (*Charlson*) médio de 5. Esse aumento de complexidade gerou aumento do tempo médio de internação. No início do PAD-GHC, o tempo médio era de 18 dias. Atualmente, são 56 dias. A atenção domiciliar é classificada em três modalidades (níveis: AD1, AD2 e AD3), definidas por complexidade crescente. O SAD/PAD-GHC atende as modalidades AD2 e AD3, que englobam pacientes terminais, em sedação paliativa domiciliar, parectese, biópsia óssea para diagnóstico de osteomielite, pacientes com sequelas de AVC, com multimorbidades como ICC, DPOC e oxigenoterapia domiciliar.

O SAD, por meio do SAD/PAD-GHC, do EGA e do SAD-HVN, tem contribuído, efetivamente, para a desocupação de leitos no HNSC e para a continuidade do cuidado aos pacientes.

O PAD-GHC vem selecionando uma média de 60 novos pacientes por mês. De 2004 a 2014, o PAD-GHC efetivou 5.141 internações de pacientes oriundos dos hospitais do GHC. De 2015 a 2017, já como parte do PMC, o SAD/PAD-GHC efetivou 2.869 internações de pacientes oriundos das unidades do GHC e, também, os encaminhados da rede de saúde. Esses dados podem ser visualizados no Gráfico 1.

Gráfico 1: Internações realizadas pelo SAD/PAD-GHC, de 2004 a outubro de 2018
Fonte: relatórios internos



Além das internações, em 2017, o HNSC, por meio do EGA, encaminhou 24 solicitações de avaliação para o SAD-HVN. De janeiro a agosto de 2018, foram encaminhadas 71 solicitações.

Em termos de custos, cabe informar que uma diária do paciente em internação domiciliar do SAD/PAD-GHC custa, atualmente, o equivalente a 8 diárias de internação em leito hospitalar clínico do HNSC. Salienta-se que a diária de internação não computa custos de materiais e medicamentos, mas, sim, o que é preciso para acomodar o paciente em leito (estrutura física e quadro funcional). Dessa forma, a internação domiciliar pode representar uma economia importante em termos financeiros, em casos em que o atendimento deva ser prestado em regime de internação, mas possa ser realizado fora do ambiente hospitalar.

REFLEXÕES FINAIS: a transição do cuidado continua com a desospitalização segura

Apesar das dificuldades enfrentadas no início do processo, muito se avançou nos últimos anos. Conseguiu-se criar um ambiente de comunicação interprofissional e intra e interinstitucional, que é fundamental para a consolidação da transição do cuidado do hospital para o domicílio.

Os familiares e cuidadores passaram a receber uma atenção maior durante a internação hospitalar, por meio de um tempo protegido para realizar conversas, esclarecimentos e orientações, essenciais para a educação do usuário e para uma transição de cuidado efetiva. Os cuidadores/familiares dos pacientes admitidos no SAD/PAD-GHC recebem orientações presenciais e materiais educativos de fácil compreensão.

A literatura sobre atenção domiciliar defende benefícios importantes para os pacientes idosos com doenças crônicas que recebem uma transição do cuidado do hospital para o domicílio e são acompanhados por EMADs. Entre os benefícios, encontra-se redução de mortalidade, de reinternação hospitalar e de procura por serviços de emergência.

A Atenção Domiciliar apresenta-se como modalidade de cuidado com potencialidade para atuar na “desospitalização”, principalmente, na fase pós-hospitalar, auxiliando na rotatividade de leitos e acelerando o processo de alta hospitalar. Nesse sentido, a Atenção Domiciliar contribui como tecnologia em saúde na desospitalização de pacientes com multimorbidades, auxilia na redução do tempo de permanência hospitalar e amplia o acesso a leitos hospitalares, com uma baixa taxa de reinternação, o que mostra a segurança e a efetividade de sua atuação.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, RJ; HORTALE, VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 25(7): 1439-1454, jul, 2009.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO COMO DISPOSITIVO FACILITADOR DA REORGANIZAÇÃO DE DEMANDA DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Daniel Lenz Faria Corrêa
Ana Paula de Lima
Fernanda Zanoto Kraemer
Vinícius Lima dos Santos
Lúcia da Fontoura Osório
Carlos Eduardo Antoniete de Souza

AS UPAs COMO ALTERNATIVA

Até meados do século XX, os serviços de emergência, principalmente, os hospitalares, superlotavam em decorrência de situações com múltiplas vítimas, geradas por epidemias, tragédias humanitárias ou guerras. Nessas situações, a superlotação era resolvida com a finalização do problema. No entanto, mais recentemente e em praticamente todo o mundo, os serviços de emergência vêm enfrentando realidades de superlotação crônica, não mais por excesso de demanda, mas em decorrência da dificuldade de saída dos pacientes dos serviços. Tem-se um grande desafio a partir disso (CORDEIRO Jr., 2017). No Brasil, a realidade da superlotação das emergências hospitalares também é um fenômeno presente e vem sendo alvo de debates e ações para seu enfrentamento.

Frente a tal cenário e compreendendo a área de urgência e emergência como componente importante da assistência à saúde, o Ministério da Saúde aprovou, em 2002, por meio da Portaria nº 2048/2002, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, que estabeleceu princípios e diretrizes para esses sistemas, normas e critérios de funcionamento, bem como aspectos relativos ao atendimento pré-hospitalar, hospitalar, inter-hospitalar e a criação de núcleos de educação em urgência. A Portaria apresentava as chamadas de “unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências” (BRASIL, 2002).

Essas unidades deveriam funcionar 24 horas por dia e serem habilitadas para prestar assistência correspondente ao primeiro nível de complexidade média, de forma resolutiva, aos pacientes em quadros clínicos agudos ou crônicos agudizados de qualquer natureza. Seriam estruturas intermediárias entre a atenção básica e as unidades hospitalares. Também, constituiriam-se em um componente para a descentralização de cuidado ao paciente agudo de média complexidade, uma retaguarda à atenção básica, um entreposto

para estabilização de paciente crítico ao serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, com o desenvolvimento de ações de saúde em equipe multidisciplinar e articulação com outros serviços, assim seriam um observatório do sistema e da saúde da população (BRASIL, 2002).

Em 2003, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que considerava as “unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências” como parte do componente pré-hospitalar e fundamentais para a efetivação da PNAU (BRASIL, 2003).

Em 2009, a Portaria nº 1.020/2009 estabeleceu diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização das redes locais de atenção integral às urgências, em conformidade à PNAU. O componente pré-hospitalar fixo seria composto por Salas de Estabilização e por Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) - estas teriam a conformação das, até então, chamadas de “unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências” (BRASIL, 2009). Daí em diante, as UPAs passaram a ser regulamentadas com mais intensidade.

O papel de ser um dispositivo intermediário entre atenção básica e atenção hospitalar foi designado para essas unidades, vislumbrando-se reduzir a demanda nas portas hospitalares. As UPAs são unidades não hospitalares com a finalidade de porta de entrada para baixa e média complexidades da rede de urgência, não possuindo internação e tendo vocação para alta e rápida resolubilidades. Em casos de necessidade de internação, o paciente deve ser encaminhado a unidades hospitalares em até 24 horas (BRASIL, 2013).

As UPAs passaram a ser uma realidade em todo o País, tendo sido instaladas em profusão, mas não necessariamente têm atingido seu intento, por diversos motivos. Konder e O'Dwyer (2015) destacam como elementos que refletem na atuação e nos resultados das UPAs: a limitação das atenção primária como componente resolutivo na rede de urgências, a fragmentação das redes de atenção à saúde, a dificuldade de acesso aos hospitais por superlotação, a dificuldade de fixação médica e de financiamento do custeio, entre outros.

Este capítulo apresenta a UPA Moacyr Scliar, em Porto Alegre/RS, vinculada ao GHC, com um histórico breve sobre sua implantação, as ações adotadas para otimização de seus processos e os resultados alcançados.

A UPA MOACYR SCLIAR EM PORTO ALEGRE/RS

Em 2012, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre inaugurou a UPA Moacyr Scliar (UPA MS), sob a gestão do Grupo Hospitalar Conceição

(GHC), sendo a única UPA do Município até então. O serviço foi planejado para atender uma área com população adscrita estimada em 370 mil habitantes das regiões norte e nordeste da Capital.

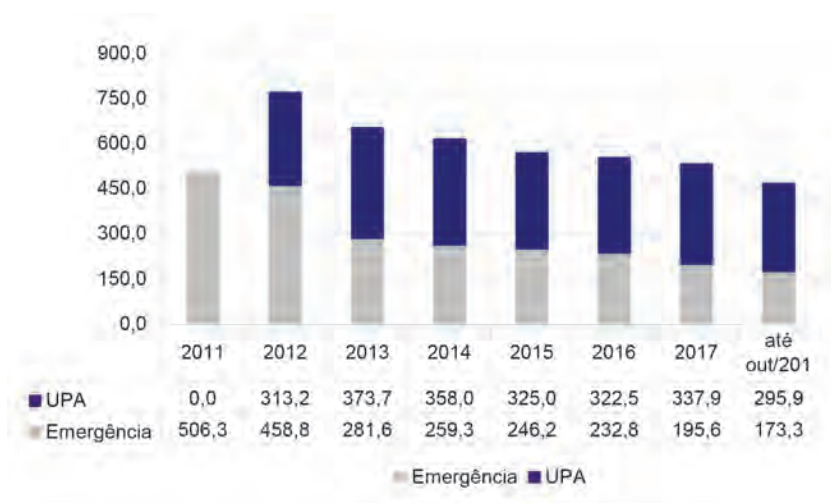
A Unidade conta com uma área privativa de 1.500m², com mais de 200 funcionários e com atendimento médio de 350 pacientes por dia, nas áreas clínica, cirúrgica, pediátrica e odontológica. A localização física da UPA MS está em uma posição estratégica para o atendimento de pacientes da Rede do GHC e de municípios limítrofes a Porto Alegre.

A UPA MS, originalmente, teve seu quadro médico constituído, basicamente, por médicos com formação em Saúde da Família, com baixa experiência em atendimento de urgência. Isso ocorreu por não haver, à época, profissionais com formação em Medicina de Urgência para serem chamados via processo seletivo público e pela dificuldade de contratação de médicos de diversas especialidades.

Na época de sua inauguração, o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) estava vinculado ao Programa SOS Emergências, que visava ao enfrentamento da superlotação das emergências dos maiores hospitais do País. Nesse contexto, a abertura da UPA MS carregava consigo a expectativa de transferir a demanda de baixa complexidade que procurava a Emergência do HNSC para o novo serviço, o que efetivamente ocorreu e pode ser visualizado no Gráfico 1.

Gráfico 1: Evolução da demanda na Emergência do HNSC e da UPA MS

Fonte: GHC Sistemas



A abertura da UPA MS impactou no perfil da demanda da Emergência do HNSC, aumentando o percentual de pacientes de maior complexidade, compatível com um hospital terciário. A partir dessa mudança de perfil de demanda, a Emergência do HNSC deixou de ter problemas com a “entrada de pacientes”, passando para um problema de “saída de pacientes”. A implantação da UPA MS permitiu iniciar um novo trabalho de reorganização de processos na Emergência e para o HNSC como um todo.

UM NOVO PROBLEMA: A SUPERLOTAÇÃO DA UPA

Diferentemente da rede hospitalar, que enfrenta o problema na saída dos pacientes, a UPA MS passou a enfrentar problemas de superlotação para o primeiro atendimento, gerando elevados tempos de espera, descontentamento dos usuários, alto índice de evasão e situações de violência.

É importante considerar que o aumento do tempo de permanência do paciente em serviço de emergência está relacionado ao aumento do risco de mortalidade, passando de 2,5%, quando o tempo de permanência em unidade de emergência é de 2h, para 4,5%, quando o tempo sobe para 12h ($p < 0,001$) (SINGER et al., 2011).

Algumas hipóteses foram levantadas para explicar as causas da lotação: demanda excessiva de municípios vizinhos, fluxos internos inadequados e baixa produtividade médica. Com base nas hipóteses, a equipe de gestão da UPA MS fez um levantamento de dados a partir do desenvolvimento de um mapa de fluxo de valor dos processos de atendimento.

Constatou-se que mais de 25% da demanda da UPA é proveniente de municípios vizinhos, sendo 16% apenas de um mesmo município. Em relação ao levantamento dos fluxos internos, cada etapa foi monitorada e chegou-se aos seguintes tempos:

- Retirada da senha para atendimento até a classificação de risco: 30 min;
- Fim da classificação de risco até início da consulta médica: 2h13min;
- Solicitação de RX até visualização do exame pelo médico: 2h29min;
- Solicitação de exame laboratorial até disponibilidade de resultado: 3h8min;
- Reavaliação médica (tempo entre disponibilidade dos exames até a nova consulta): 2h20min;

- Evasão: 11,55%.

Além dos tempos, constatou-se uma produção média de 3,3 pacientes por hora por médico.

AÇÕES E RESULTADOS

Com o conhecimento dos indicadores, passou-se a estabelecer ações para as mudanças. Nos fluxos internos, as mudanças foram baseadas na Metodologia *Lean*, a partir de consultoria especializada.

Foi alocado um profissional de segurança junto ao equipamento para retirada de senha, de forma a facilitar a orientação dos usuários. Também, foram colocados quatro pacientes, permanentemente, à frente da sala de classificação de risco. Essas medidas levaram a uma redução de 43% no tempo.

Para o primeiro atendimento, obteve-se uma redução de 23% no tempo, com a adoção das seguintes medidas:

- Implementação de um fluxo *fast track*: pacientes com baixa complexidade eram encaminhados para realização de medicação IM e/ou VO em sala anexa ao consultório e já eram liberados diretos desse local;
- Escala de médicos conforme demanda: um quantitativo maior de médicos era previsto de acordo com os horários de maior movimento;
- Médico específico para atendimento de pacientes com classificação amarela.

A maior redução obtida foi no tempo do processo do Raio X: 89%, com a simples medida de suspender a emissão de laudos na urgência. Faz parte das competências do médico emergencista interpretar exames, e a espera pelo laudo retardava a reavaliação consideravelmente.

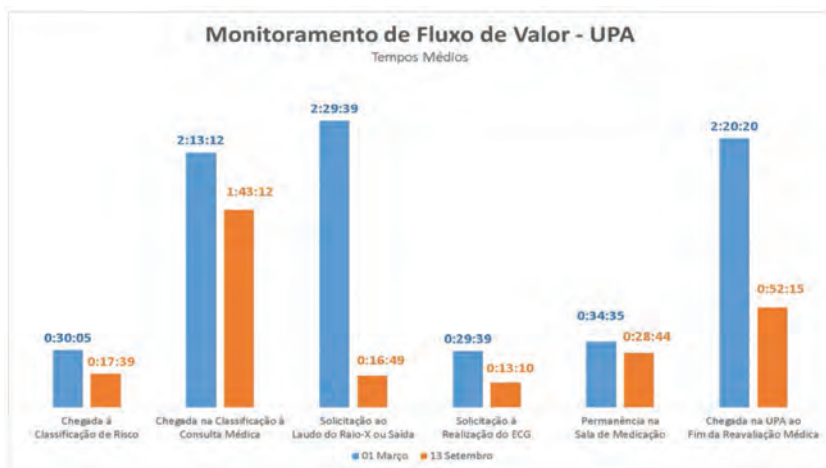
Referente ao Laboratório, a redução foi de 20%, com a diminuição do tempo de saída do *motoboy* que leva o material coletado ao Laboratório do HNSC para análise (de 1 em 1h para 30min em 30min). Ainda, houve a fixação de técnico de enfermagem sem rodízio de escala no posto do Laboratório na UPA para qualificar os procedimentos de coleta, bem como a melhoria de processos internos.

A adoção dessas medidas facilitou o retorno do paciente pós-exames e medicação para o mesmo médico do atendimento inicial, conseguindo-se diminuir o tempo da reavaliação em 63%. A taxa de evasão passou para 19%.

No Gráfico 2, pode-se observar os tempos médios anteriores às medidas e os alcançados após a adoção delas.

Gráfico 2: Comparação de tempos antes e após as medidas de intervenção

Fonte: elaborado pelos autores



Ainda, a produção médica foi elevada de 3,3 pacientes/hora, por médico, para 3,8 após a aproximação da chefia e o remanejo de alguns profissionais sem perfil para atendimento de urgência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se o potencial da UPA MS na organização da rede de saúde, especialmente, quando observada a Rede GHC. Entende-se seu papel na rede de saúde como porta de entrada para os pacientes. Para isso, é preciso estar preparado para se trabalhar com fluxos enxutos, de baixo custo e eficientes para que, mesmo com uma demanda maior, possa-se atender com qualidade e segurança, seguindo o padrão do GHC de referência ao atendimento SUS dentro do Brasil.

Muito se avançou na retaguarda para a demanda que chegava à Emergência do HNSC, mas ainda é preciso evoluir em fluxos para atendimento à baixa complexidade pediátrica, o que impactaria em mudança de perfil no Hospital da Criança Conceição. Além disso, é necessário evoluir nos fluxos de atendimento a pacientes com problemas osteomusculares ou atendimento de trauma tardio, o que impactaria na Emergência do Hospital Cristo Redentor.

É importante destacar que, com mudanças simples, conseguiu-se alcançar resultados significativos, aumentar a qualidade do atendimento e, conseqüentemente, a satisfação dos usuários e dos profissionais da Unidade.

Por outro lado, a tendência da UPA MS é o recebimento de pacientes de maior complexidade com necessidade de internação hospitalar, que resulta em alto tempo de permanência na Unidade, uma vez que tem sido recorrente a dificuldade de transferência para leito hospitalar, especialmente, de alta complexidade. Essa nova realidade demandará novas ações a partir de agora.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 342, de 04 de março de 2013.** Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Redação dada pela Portaria MS/GM nº 104, de 15 de janeiro de 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.020, de 13 de maio de 2009.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização das redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003.** Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.048, de 05 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html

saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
CORDEIRO Jr, Welfane. **A superlotação dos serviços de urgência está matando pessoas no Brasil**. Blog Alagoas Real. Disponível em: <https://alagoasreal.blogspot.com/2017/07/a-superlotacao-dos-servicos-de-urgencia.esta-matando-pessoas-brasil.html>

KONDER, Mariana T.; O'DWYER, Gisele. As Unidades de Pronto Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Revista de Saúde Coletiva**, v.25, n.2, p. 525-545, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00525.pdf>
Acesso em 29out. 2018

SINGER, A.J. et al. The association between length of emergency department boarding and mortality. **Acad Emerg Med**, v.18, n.2, p.1324-1329, 2011. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1553-2712.2011.01236.x>

A SEGURANÇA DO PACIENTE NA EMERGÊNCIA DO HNSC

Graziella Gasparotto Baiocco
Josiane França John
Valquíria Inês Pacheco Martins

No postulado *Primum non nocere*, cunhado por Hipócrates em (460 a 370 a.C.), que significa primeiro não cause o dano, o Pai da Medicina percebia, desde aquela época, que o cuidado poderia causar algum tipo de dano. Ao longo da história, outras personalidades contribuíram para a melhoria da qualidade em saúde, como, por exemplo: Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss, Ernest Codman, Avedis Donabedian, John E. Wennberg, Archibald Lemman Cochrane, entre outros.

Por intermédio deles, foi possível conhecer a importância da transmissão da infecção pelas mãos, da organização do cuidado, da criação de padrões de qualidade em saúde, da avaliação dos estabelecimentos de saúde, da variabilidade clínica e da medicina baseada em evidência.

A partir da divulgação do relatório do *Institute of Medicine (IOM)*, *To Err is Human*, o tema da segurança do paciente ganhou relevância. Esse relatório baseou-se em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos (EAs) em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado. Nessas pesquisas, o termo “evento adverso” foi definido como o dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta. O relatório apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais, a cada ano, vítimas de EAs nos Estados Unidos da América (EUA). Essa alta incidência resultou em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com HIV positivo, câncer de mama ou atropelamentos.

O relatório do IOM apontou, ainda, que a ocorrência de EAs representava também um grave prejuízo financeiro. No Reino Unido e na Irlanda do Norte, o prolongamento do tempo de permanência no hospital devido aos EAs custou cerca de 2 bilhões de libras ao ano, e o gasto do Sistema Nacional de Saúde com questões litigiosas associadas a EAs foi de 400 milhões de libras ao ano. Nos EUA, os gastos anuais decorrentes de EAs foram estimados entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais.

Mediante o contexto mundial, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, públicos ou privados, com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde, na agenda política dos estados-membros da OMS e na Resolução aprovada durante a 57ª Assembléia Mundial da Saúde.

Ao se revisar o histórico com relação à segurança do paciente, há vinte e cinco anos, a temática quase não existia, e a ausência de pesquisa e de atenção aos incidentes no cuidado de saúde poderia ser descrita como um caso de negligência. Atualmente, há uma ampla aceitação e conscientização sobre o problema do dano no cuidado de saúde e, na última década, foram feitos esforços consideráveis para melhorar a segurança do cuidado de saúde.

O cuidado de saúde é uma área particularmente complexa. Considera-se o ambiente hospitalar com seus diversos setores, equipes multiprofissionais e condições de trabalho distintas nos diferentes ambientes clínicos. Existem áreas em que o cuidado é altamente padronizado, como a farmácia, a radioterapia, a medicina nuclear e a maior parte do processo da hemoterapia. Todas essas especialidades são extremamente padronizadas, dependem muito da automação e da tecnologia da informação e possuem maior confiabilidade dentro de um ambiente hospitalar que é muito mais caótico. Nas enfermarias, rotinas e protocolos servem como controles importantes contra riscos (como infecções associadas à assistência à saúde, causadas pela inadequada higienização das mãos), mas as condições cotidianas exigem adaptação e flexibilidade constantes.

Existem áreas do hospital, como os serviços de emergência, que lidam, constantemente, com um fluxo de pacientes e uma carga de trabalho imprevisível. Suas atividades precisam sofrer adaptações seguidamente, devido à variedade de pacientes, à complexidade de suas doenças, à superlotação, à falta de leitos hospitalares e às vulnerabilidades do sistema de saúde.

Sem dúvida, houve avanços significativos, mas acredita-se que o progresso futuro, em principal, no sistema de saúde como um todo, exigirá uma visão mais ampla da segurança do paciente. Neste capítulo, serão apresentados: o progresso na área de segurança do paciente no setor da Emergência do HNSC e os principais desafios futuros.

A SEGURANÇA DO PACIENTE NA EMERGÊNCIA DO HNSC

Neste espaço, apresenta-se um breve relato de cada etapa que envolve a segurança do paciente na Emergência do HNSC, baseado nas Metas Internacionais de Segurança, o panorama inicial e o que foi feito para sua melhoria e solução.

Classificação de Risco

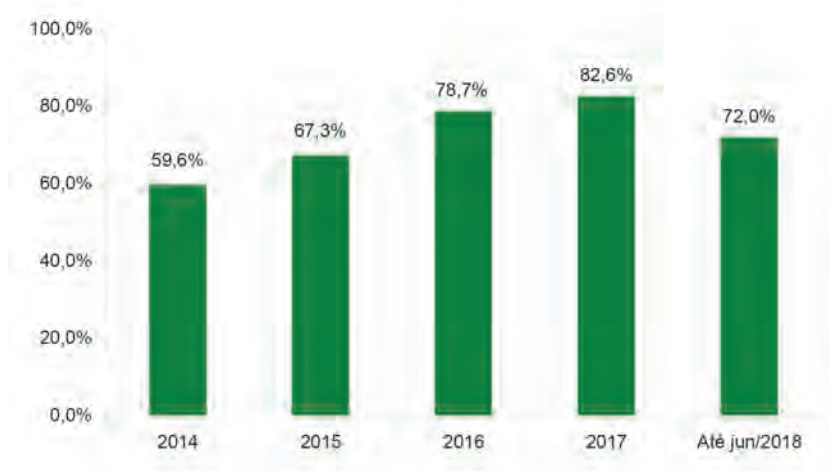
A atenção aos pacientes em situação de urgência e emergência é um dos principais problemas enfrentados pelos sistemas de saúde no mundo. A adoção de um sistema de classificação de risco, por meio de protocolo baseado em evidências, beneficia os usuários do sistema de saúde, reduzindo mortes evitáveis no serviço de urgência. Isso induz o aprimoramento dos fluxos internos do serviço e dos processos de gestão das instituições. Um sistema de classificação de risco deve ter, como objetivo maior, priorizar o paciente conforme a gravidade clínica com que se apresenta no serviço de saúde.

Inicialmente, o HNSC utilizava um protocolo de classificação desenvolvido pelo Ministério da Saúde, que considerava quatro níveis de risco, identificados por cores (vermelho, amarelo, verde e azul) (BRASIL, 2004). Em 2011, visando qualificar mais o processo de classificação de risco, a Emergência do HNSC adotou o Sistema Manchester de Classificação de Risco, que é aplicado por enfermeiros que, necessariamente, tenham sido aprovados no Curso de Classificador, realizado pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR). Assim, desde o início, os cursos vêm sendo oferecidos, sistematicamente, de forma a abranger todos os enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência. Para tanto, o GHC conta com médicos e enfermeiros formados pelo GBCR como multiplicadores.

Além disso, uma das exigências do Protocolo é a auditoria interna sistemática e constante. O HNSC conta com enfermeiros auditores que realizam essa análise mensalmente, a partir de uma amostra selecionada, de forma aleatória e cega, pela Gerência de Informática. As inadequações encontradas são debatidas entre os auditores e os classificadores envolvidos, visando aumentar a qualidade das classificações e, por consequência, reduzir as inadequações. A partir de 2014, passou-se a analisar, gerencialmente, a evolução dos percentuais de adequações das classificações de risco ao Protocolo. Ao longo desse período, foram analisadas mais de dez mil classificações. Os resultados podem ser observados no Gráfico 1.

Gráfico 1: Evolução do % de adequações das classificações de risco, conforme auditoria interna mensal, 2014-2018

Fonte: elaborado pelas autoras



É importante salientar que, a partir de fevereiro de 2018, os classificadores passaram a utilizar a versão mais atualizada do Protocolo, o que explica a queda do percentual de adequações nas classificações de risco, visto que a equipe deveria passar por atualizações e adaptação às mudanças do Protocolo.

Identificação dos pacientes

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura a ele que será destinado a um determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar. Atualmente, a recomendação internacional para a identificação do paciente é o uso de pulseiras, as quais representam um dos componentes essenciais da confiabilidade do sistema.

No HNSC, a identificação do paciente está vinculada à classificação de risco: logo após a classificação, o sistema gera uma pulseira automaticamente, facilitando o primeiro ato para a identificação. Após essa etapa, os profissionais são orientados a realizar a conferência da pulseira antes de qualquer intervenção, exame, medicações, transfusões e transições do cuidado que o paciente necessite. Ainda no processo de classificação de risco, evidenciado-se que o paciente

possui alergias, coloca-se, nele, mais uma pulseira, de cor vermelha, para destacar, visualmente, a necessidade de maior atenção quanto à possibilidade de reações alérgicas. Foi aumentada a quantidade de impressoras de pulseiras de identificação e são realizados treinamentos eventuais sobre a importância da identificação correta e do dessas pulseiras para evitar erros e danos aos pacientes.

Atualmente, a identificação dos pacientes por meio das pulseiras faz parte da cultura da Emergência e pode ser considerado como um processo consolidado. Institucionalmente, há uma meta de 95% de adequação e faz-se vigilâncias mensais. Na Emergência, essa meta sempre é alcançada.

Cuidados com medicamentos

No que se refere aos medicamentos, há alguns processos que devem ser enfocados: a prescrição, a dispensação, o preparo e sua administração.

Em relação à prescrição, a equipe de farmacêuticos do HNSC analisa, diariamente, as prescrições médicas por meio do prontuário eletrônico e verifica aspectos como dosagem, aprazamento, interações medicamentosas, entre outros. Caso percebam a necessidade de adequações, utilizam uma ferramenta do prontuário eletrônico, que permite comunicar suas recomendações e, a cada vez que o prontuário do paciente é aberto, um sinalizador (do tipo *pop up*) aparece na tela, com as informações do farmacêutico.

Na dispensação e no preparo de medicamentos, a conferência da identificação antecede ao processo de administração do medicamento e é uma medida indispensável para a prática segura no ambiente hospitalar. Os erros na administração de medicamentos podem ocasionar aumento do tempo de internação, complicações na evolução do quadro de saúde, necessidade de novas intervenções diagnósticas e terapêuticas e, até mesmo, situações de incapacidades permanentes ou a morte de pacientes. Havia, na Emergência do HNSC, um espaço destinado ao preparo de medicamentos, porém, por conta da alta demanda e grande rotatividade de pacientes, esses locais tornavam-se insuficientes para o fim destinado e possibilitavam possíveis erros no preparo e na administração de medicamentos.

Em outubro de 2013, foi instalada uma farmácia satélite na Emergência, em um espaço fechado e reservado para a equipe própria, composta pela farmacêutica e por auxiliares de farmácia. A medida gerou economia, em função de melhor controle da dispensação de medicamentos e da possibilidade de devolução dos medicamentos à farmácia, quando não utilizados. Esse controle possibilitou a redução de

subestoques, bem como as perdas de medicamentos. Ainda, como a farmácia passou a ficar dentro da Emergência, otimizou-se o tempo de resposta dos profissionais de enfermagem às demandas de atendimento aos pacientes, visto que os profissionais passaram a permanecer mais tempo na unidade, já que não precisavam mais se deslocar para a Farmácia Central, que fica fora do prédio da Emergência.

Além disso, a Emergência passou por uma reforma na Sala Verde (que acolhe pacientes de menor gravidade), onde houve melhorias nos espaços onde a equipe assistencial trabalha no preparo de medicamentos.

Prevenção de Quedas

As quedas de pacientes produzem danos de 30 a 50% dos casos, sendo que 6 a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito. A queda pode gerar impacto negativo sobre mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de uma nova queda. A hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes encontram-se em ambientes que não lhe são familiares, muitas vezes, são portadores de doenças que predispõem à queda (demência e osteoporose) e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar o risco.

Adotou-se, na admissão dos pacientes na Emergência, a rotina de avaliação quanto ao risco de queda por meio do preenchimento da escala de Morse (preditiva de risco de quedas). Em caso de risco de queda, o paciente é identificado com uma pulseira amarela, de acordo com o nível do risco apresentado.

Atualmente, a aplicação da escala de Morse faz parte da rotina, facilitando a identificação dos pacientes com maior risco de quedas e, também, a necessidade de melhorias, como assegurar pisos não escorregadios e instalar barras de apoio nos banheiros, por exemplo. A avaliação do risco de quedas possibilitou, ainda, identificar os pacientes que necessitavam ser transferidos com maior brevidade para um leito de enfermaria.

Prevenção de Lesão por Pressão

Lesão por pressão (LPP) é a lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, geralmente, sobre uma proeminência óssea, resultante da

pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causada pela fricção. De acordo com o Relatório Nacional de Incidentes relacionados à assistência à saúde, notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), no período de janeiro de 2014 a julho de 2017, dos 134.501 incidentes notificados, 23.722 (17,6%) corresponderam às notificações de lesões por pressão, sendo, durante o período, o terceiro tipo de evento mais frequentemente notificado pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) dos serviços de saúde do País.

Diferentemente de boa parte das alterações de pele, as lesões por pressão têm sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.

A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos no leito na Emergência do HNSC era um desafio à equipe multidisciplinar. Foi feita a adoção da escala de Braden para avaliação do risco de lesão por pressão, a qual se tornou rotina e demonstrou a gravidade do paciente atendido na Emergência, possibilitando, assim, direcionar o cuidado ao paciente com maior risco prioritariamente.

Em outubro de 2018, o protocolo foi revisado e atualizado pela equipe de Lesão de Pele do HNSC e disponibilizado em um repositório eletrônico do GHC, o que permite acesso de todos os trabalhadores às informações. Além disso, foi realizada a aquisição de mais colchões piramidais pela instituição.

Higiene das mãos

Na Emergência, a adesão à prática correta de higiene de mãos pelos profissionais era de difícil implantação, visto que havia várias barreiras que contribuíam para esse desfecho, sendo físicas, estruturais, comportamentais, além daquelas devido à superlotação.

A partir de 2014, o CIH passou a realizar monitoramentos sistemáticos, visando identificar as taxas de adesão à higienização de mãos, que ainda não atingiu o ideal.

A estrutura física da Emergência foi melhorada, bem como foi promovida uma melhoria da qualidade do álcool para espuma e o aumento dos dispensadores na área. Também, foi feita distribuição de álcool gel de bolso para todos os funcionários, assim como foi realizada uma maior vigilância na área por parte do SCIH. Essas medidas tiveram repercussão para a melhoria dos indicadores.

Além disso, sistematicamente, o SCIH promove campanhas para a sensibilização sobre higienização de mãos e treinamentos *in loco*.

Em 2018, após várias tentativas ao longo dos anos, foi implantada, oficialmente, a Comissão de Higienização de Mãos, com representantes da Emergência. Ainda não há resultados dessa implantação, mas estima-se que eles venham a ser bastante benéficos aos pacientes, aos profissionais de saúde e à Instituição.

Flebites

A ocorrência de flebites nos pacientes internados na Emergência é fonte de preocupação. Para prevenir essas ocorrências e melhor tratá-las, foram identificadas algumas necessidades, como a adoção de processos de vigilância, o estabelecimento efetivo de rotinas de trocas de acesso venoso periférico, a aquisição de maior quantidade de bombas de infusão para administração de alguns medicamentos vesicantes ou irritantes que necessitam de uma infusão mais lenta, a fixação dos acessos venosos com material que permita melhor visualização e a avaliação do sítio de punção.

Em abril de 2018, foi implantada e formalizada a Comissão de Cuidados com Cateteres Venosos, que conta com a representação de médico e de profissional da enfermagem da Emergência. Tem-se o objetivo de atuar, efetivamente, frente à redução das infecções decorrentes de uso de cateteres venosos centrais e periféricos. Para tanto, ações de estabelecimento de critérios para utilização de cateteres, capacitações de pessoal e monitoramento de resultados estão previstos. Ainda não há resultados dessa implantação, mas estima-se que venham a trazer benefícios a todos os envolvidos.

Comunicação

Inúmeros estudos mostram que os profissionais prestadores de cuidados de saúde têm dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e, consequentemente, a segurança do paciente. A comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde. Existem diversas formas de comunicação, como verbal, não verbal, escrita, telefônica, eletrônica, entre outras. É fundamental que a comunicação ocorra de forma adequada, permitindo o entendimento entre as pessoas. A gravidade do paciente e a complexidade dos cuidados favorecem a

ocorrência de erros de omissão ou de distorção da comunicação entre os profissionais, comprometendo, assim, a segurança do paciente.

Em um ambiente de superlotação como o da Emergência, a comunicação entre usuários, profissionais, equipes e serviços torna-se muito fragmentada, o que pode afetar no processo de cuidado, na qualidade dos registros, nas passagens de plantão, e, por sua vez, levar a incidentes ou eventos adversos.

Nesse sentido, há que se considerar a importância de um sistema de “*handoff*” padronizado, que tem o potencial de abordar as preocupações sobre a segurança do paciente, a eficiência e a eficácia do cuidado oferecido. Com esse objetivo, um *checklist* customizado para as dificuldades locais foi inserido nessa área.

Na Emergência, existe um *Check List de Transferência do Cuidado* desde antes de 2010. Em 2015 e em 2018, o documento passou por processos de revisão e aprimoramento para auxiliar o profissional na realização da continuidade do cuidado prestado e evitar perdas de informações indispensáveis para o tratamento do paciente. A versão atual aborda pontos fundamentais, como:

- Registro no prontuário sobre o risco de queda e de lesão por pressão;
- Presença de pulseira de identificação com a identificação de alergia (pulseira vermelha) e/ou risco de quedas (pulseira amarela), quando presente;
- Precauções em casos de isolamento (respiratório, germe multirresistente);
- Sinais vitais e dispositivos (sondas, drenos e acessos vasculares);
- Medicações que serão transportadas;
- Pertences dos pacientes (próteses dentárias, óculos, bengalas);
- Comunicação dos próximos passos dos pacientes: cirurgias, exames, restrição a dieta (NPO, outros).

O *checklist* deve ser assinado pelo setor de origem e pela unidade de destino do paciente. Esse documento de transição de cuidado busca gerar a responsabilidade da equipe que inicia a transição e a descrição dos itens fundamentais, relacionados a uma assistência segura para a continuação do cuidado, proporcionado a chance de redução de desperdício do tempo na busca dessas informações, a redução de incidentes e de eventos adversos.

OUTRAS MEDIDAS ADOTADAS

Além dos aspectos relacionados anteriormente, outras medidas foram e vêm sendo adotadas institucionalmente, a saber:

- Adoção de prescrição informatizada, sem boletins manuais, o que faz com que todas as informações a respeito do cuidado com o paciente passem a fazer parte de seu prontuário eletrônico;
- Implantação da prescrição dos cuidados de enfermagem via sistema de informações do GHC, para as equipes assistenciais terem os cuidados prescritos e devidamente checados como garantia da qualidade do seu processo assistencial mais seguro;
- Criação de um Núcleo de Segurança do Paciente na Emergência, com encontros mensais, para as discussões de casos e eventos ocorridos no setor, que se mostra uma medida importante de envolvimento e engajamento de todos os profissionais que lá atuam;
- Implantação de protocolos clínicos baseados em evidências, como: AVC, IAM, neutropenia febril, dor abdominal, entre outros;
- Implantação de uma sala de coletas de materiais para exames laboratoriais na Emergência, o que otimizou o trabalho da enfermagem e agilizou a realização de exames;
- Implantação de uma Unidade de Decisão Clínica (UDC), cujo objetivo é tomar decisões clínicas seguras e oportunas sobre os pacientes com condições de emergência específicas. Um paciente da UDC, normalmente, demanda: um período de observação; uma investigação, cujos resultados determinam o destino do paciente, seja hospitalização ou a alta; e um curso curto de terapia para tratar condições clínicas bem definidas, que permitirá que o paciente poderá ser liberado com segurança, se tiver a resolução dos sintomas. O modelo da UDC foi associado em estudos científicos com reduções estatística e clinicamente significativas nas internações hospitalares. Pode-se esperar que a aplicação criteriosa desse modelo produza benefícios semelhantes na Emergência do HNSC e alie-se à redução de erros diagnósticos e à melhora na comunicação e na transição do cuidado.

REFLEXÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

Os serviços de urgência e emergência possuem características únicas, incluindo alta rotatividade de pacientes, transições frequentes de cuidado, interrupções constantes, grande variação no volume de pacientes e pacientes desconhecidos pela equipe. Tudo isso torna o ambiente, particularmente, propenso a erros. A qualidade e a segurança na assistência à saúde podem ser alcançadas, em parte, pela redução da variabilidade na prática e pela execução de cada etapa do atendimento clínico com alta confiabilidade.

No HNSC, a busca pela organização dos fluxos na Emergência e pela redução da superlotação potencializaram tomadas de decisão mais responsáveis com o sistema de saúde, mais eficientes e confiáveis. A reorganização da Emergência e a redução da superlotação permitem a elaboração de projetos de melhoria com foco em qualidade assistencial.

Desde 2013, com a Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente e a composição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) na Instituição, a temática e a cultura de segurança foram sendo disseminadas nos serviços. As vigilâncias nas áreas foram apontando as necessidades de melhorias mais urgentes. As notificações de eventos adversos consolidaram-se e, a partir da análise dos eventos adversos, os processos puderam ser redesenhados.

O cenário ainda não é o ideal, mas melhorou muito com o passar dos anos e com as alterações de processos. Visa-se à implantação de mais protocolos assistenciais, como o de manejo do paciente com sepse; aplicação dos *Bundles* de Inserção de Cateter Venoso Central; manejo de Via Aérea; manejo do Derrame Pleural e manejo da Ascite. Tem-se, também, a intenção de realizar um projeto de melhoria para otimização e cuidado compartilhado do paciente com indicação de cuidados paliativos.

A cultura de segurança na Instituição deve permear todas as instâncias e as práticas profissionais, desde a alta gestão até a linha de frente. O trabalho é contínuo e infundável, as melhorias dos processos devem ser almejadas por todos, com dedicação, perseverança e resiliência.

REFERÊNCIAS

BALLARD, D.J.; OGOLA, G.; FLEMING, N.S; HECK, D.; GUNDERSON, J.; MEHTA, R.; KHETAN, R.; KERR, J.D. **The Impact of standardized order sets on quality and financial outcomes.** *Advances in Patient*

Safety: New Directions and Alternative Approaches , 2008 MD Agency for Healthcare Research and Quality.

BARR, DP. **Hazards of modern diagnosis and therapy-the price we pay.** JAMA. 1955; 159:1452-6.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática.** Brasília: ANVISA, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de Identificação do Paciente.** Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão.** Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>.

BRENNAN, T.A.; HEBERT, L.; LAIR, N.M.; LAWTHERS, A.G.; THORPE, K.E.; LEAPE, L.L.; et al. **Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care.** JAMA. 1991; 265:3265-9.

COCHRANE, A.L.; BLYTHE, M.; DOLL, R.; COHEN, R.H.L. **One Man's Medicine: an autobiography of Professor Archie Cochrane.** London: British Medical Journal; 1989.

DA SILVA NOGUEIRA, J.W.; RODRIGUES, M.C.S. **Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente.** Cogitare Enfermagem, v. 20, n. 3, 2015.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality.** Arch Pathol Lab Med. 1990; 114(11):1115-8.

FARLY, H.L.; BAUMLIN, K.M.; HAMEDANI, A.G.; CHEUNG, D.S.; EDWARDS, M.R.; FULLER, D.C.; GENES, N.; PINES, J.M. **Quality and safety implications of emergency department information systems.** 2013. Annals of Emergency Medicine, 62 (4), pp. 399-407. doi: 10.1016/j.annemergmed.2013.05.019.

GAWANDE, A.A.; THOMAS, E.J.; ZINNER, M.J.; BRENNAN, T.A. **The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992.** Surgery. 1999; 126:66-75.

HEIMAN, J. A.; FLANIGAN, M.; NELSON, A.; JOHNSON, T., YARRIS, L. M. **Adapting the I-PASS Handoff Program for Emergency Department Inter-Shift Handoffs.** 2016. Disponível em: <https://escholarship.org/uc/item/2qp5g96n>.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S.; MCKAY,T.; PIKE, K.C. **To err is human.** Washington, DC: National Academy Press; 2000.

MEMO CIH-HNSC n.º 029/2016, de 06 de abril de 2016.

MEMO CIH-HNSC n.º 203/2013, de 24 de outubro de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

NEUHAUSER, D. **Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is.** Qual Saf Health Care. 2003;12:317.

Nota Técnica GVIMS/GGTES N.º 03/2017. **Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde.**

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Alternfelder Silva Vila Nova Cachoeirinha. **Manual de Segurança do Paciente.** - 1ª ed.. - São Paulo: 2016.

ROBERTS, J.; COALE, J.; REDMAN, R. **A history of the Joint Commission for accreditation of hospitals.** JAMA 1987; 258(7):936-40.

ROBERTS, M.V.; BAIRD, W.; KERR, P.; O'REILLY, S. **Can an emergency department-based clinical decision unit successfully utilize alternatives to emergency hospitalization?** Eur. J. Emerg. Med. 2010; 17:89–96.doi: 10.1097/MEJ.0b013e32832f05bf.

SMITH, A.F.; CASEY, K.; WILSON, J.; FISCHBACHER-SMITH, D. **Wristbands as aids to reduce misidentification: an**

ethnographically guided task analysis. International Journal for Quality in Health Care, Volume 23, Issue 5, 1 October 2011, Pages 590–599. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr045>.

VINCENT, C.; NEALE, G.; WOLOSHYNWYCH, M. **Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review.** BMed J. 2001;322:517–9.

WENNBORG, J. E. **Tracking medicine a researcher's quest to understand health care.** NY: Oxford University Press; 2010.

WILSON, R.M.; RUNCIMAN, W.B.; GIBBERT, R.W.; HARRISON, B.T.; NEWBY, L.; HAMILTON, J.D. **The quality in Australian health care study.** Med J Aust. 1995;163(9):458–71.

SOBRE OS AUTORES E OS ORGANIZADORES

Geraldo Pereira Jotz

Médico (PUCRS). MBA de Gestão em Saúde (UNILASALLE). Doutor em Medicina (UNIFESP). Gerente de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Professor Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Welfane Cordeiro Júnior

Médico (Faculdade de Medicina de Barbacena). Mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde (IEP Sírio-Libanês). Consultor de hospitais em gestão de serviços de urgência e presidente do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco.

Alexandra Jochims Kruel

Administradora Hospitalar (UNISINOS). Doutora em Administração (UFRGS). Administradora na Gerência de Pacientes Externos do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

Alexsandra Costa da Silva

Bacharel em Direito (UNIRITTER) e Filósofa (Faculdade Nossa Senhora da Conceição). Especialista em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde (Fiocruz). Especialista em Direito Público (CPC). Coordenadora do Serviço de Higienização do HNSC.

Aline de Deus Martinez

Médica (UFSCPA). Especialista em Medicina de Família e Comunidade (Hospital Moinhos de Vento/SBMFC). Médica do Núcleo Interno de Regulação do HNSC.

Allant Silva Klein

Enfermeiro (ULBRA). Especialista em Urgência, Emergência e Trauma (SEG). Especialista em Saúde da Família. Assistente de Coordenação da Emergência do HNSC.

Ana Maria Machado

Enfermeira (UNISINOS). Especialista em Educação Profissional na área de saúde: enfermagem (Fiocruz). Enfermeira do Núcleo Interno de Regulação do HNSC.

Ana Paula de Lima

Enfermeira (ULBRA). Especialista em Urgências e Emergências (IPA/IMEC). Coordenadora de Enfermagem UPA Moacyr Scliar.

Ana Paula Fabbris Andreatta

Assistente Social (PUC). Doutora em Serviço Social (Pontifícia Universidade Católica). Escritório de Gestão de Altas.

André Wajner

Médico (UFRGS). Mestre em Epidemiologia (UFRGS). Coordenador da Medicina Interna do HNSC.

Angelise Maria Martins

Administradora (PUCRS) e Pedagoga (PUCRS). Especialista em Informação Científica e Tecnológica (Fiocruz). Especialista em Avaliação de Tecnologias em Saúde (UFRGS). Supervisora Administrativa da Gerência de Pacientes Externos do HNSC.

Carine Paim da Silva Martins

Enfermeira (UFRGS). Especialista em Gestão de Emergências do SUS (IEP Sírio-Libanês). Especialista em Educação Profissional na área de saúde: enfermagem (Fiocruz). Especialista em Saúde Pública (UFRGS). Enfermeira da Gerência de Internação do HNSC.

Carlos Augusto Descovi

Enfermeiro (UFRGS). Especialista em Urgência e Emergência Adulto e Pediátrico (UFRGS). Coordenador da Gerência de Unidades de Internação do HNSC.

Carlos Eduardo Antoniete de Souza

Analista e Desenvolvedor de Sistemas (FTEC). Coordenador vinculado à Diretoria do GHC.

Carolina Ritter Ribeiro

Nutricionista (UNISINOS). Especialista em Obesidade e Emagrecimento (UVA/MG). Especialista em Nutrição Clínica Funcional (Universidade de Ibirapuera). Especialista em Gestão em Saúde (Faculdade Unileia). Gerente de Administração do HNSC.

Daniel Klug

Licenciado em Matemática (UFRGS). Mestre em Educação em Ciências e Matemática (PUCRS). Técnico em Educação da Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC.

Daniel Lenz Faria Corrêa

Médico (UFRGS). MBA Executivo em Saúde (FGV). Responsável Técnico Médico UPA Moacyr Scliar.

Elisabete Storck Duarte

Enfermeira (UNISINOS). Especialista em Nefrologia (UFRGS). Especialista em Gestão Hospitalar (FIOCRUZ). Especialista em Gestão da Clínica (HSL). Assessora da Diretoria GHC.

Fábio Dias Misturini

Enfermeiro (PUCRS). Especialista em Impactos da Violência na Saúde (Fiocruz). Enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação do HNSC.

Fernanda Zanoto Kraemer

Enfermeira (UFRGS). Mestre em Epidemiologia (UFRGS). Assessora da Diretoria GHC.

Fernando Anschau

Médico (PUCRS). Doutor em Clínica Médica (PUCRS). Membro do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde do HNSC.

Fernando Pivatto Junior

Médico (UFCSPA). Mestre em Cardiologia (UFRGS). Escritório de Gestão de Altas do HNSC.

Gabriel Messerschmidt

Enfermeiro (UFRGS). Coordenador de Enfermagem do HNSC.

Gleide Simas Custódio Kahn

Enfermeira (UFSC) e Administradora (UNIFACS). Mestre em Saúde Coletiva (ULBRA). Coordenadora do Núcleo Interno de Regulação do HNSC.

Gorete Beatriz Pellisoli

Graduada em Letras (Universidade La Salle). Assistente de Coordenação do Ambulatório do HNSC.

Graziella Gasparotto Baiocco

Enfermeira (UNISINOS). Mestre em Ciências da Saúde (PUCRS). Gerência de Internação do HNSC.

Jociele Gheno

Enfermeira (UFRGS). Especialista em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso (IFRS – Escola GHC). Integrante do Escritório de Gestão de Gestão de Altas.

José Paulo Machado Pereira Junior

Coordenador do Ambulatório de Especialidades do HNSC.

Josiane França John

Médica (FURG). Mestre em Ciências Médicas (UFRGS). Médica Intensivista (HNSC).

Josiane Schneiders

Enfermeira (FEEVALE). Mestre em Ciências Médicas: Endocrinologia (UFRGS). Enfermeira do Núcleo Interno de Regulação.

Júlia Barreto Marciniak

Enfermeira (UNISINOS). Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Enfermeira do Núcleo Interno de Regulação do HNSC.

Juliana Weidlich Sommer

Médica (UFRGS). Especialista em Gastroenterologia (UFRGS). Especialista em Gestão de Emergências do SUS (IEP Sírio-Libanês). Médica do Núcleo Interno de Regulação do HNSC.

Juliane Martins Prestes

Enfermeira (UCPel). Equipe de Coordenação da Emergência do HNSC.

Lucas Bandeira Marchesan

Médico (UFSM). Especialista em Medicina Interna. Especialista em Endocrinologia e Metabologia (SBEM). Médico Endocrinologista do HNSC.

Lúcia da Fontoura Osório

Médica Nefrologista. MBA em Gestão em Saúde (FGV). Gerente UPA Moacyr Scliar.

Marcos Sérgio Munari

Enfermeiro (UFRGS). Especialista em Gestão da Clínica (IEP Sírio-Libanês). Enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação.

Nicole de Paula Mascolo

Enfermeira (UFRGS). Especialista em Enfermagem em Cardiologia (IC/FUC). Especialista MBA em Auditoria em Saúde (IAHCS). Enfermeira do Núcleo Interno de Regulação.

Rodrigo de Oliveira Azevedo

Licenciado em Educação Física (IPA). Doutor em Educação (UFRGS). Assistente de Coordenação da Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC.

Rosa Ladi Lisbôa

Enfermeira (UFSM). Especialista em Terapia Intensiva, Emergência e Trauma (Hospital Moinhos de Vento). Enfermeira do Núcleo Interno de Regulação do HNSC.

Sati Jaber Mahmud

Médico (UFRGS). Mestre em Avaliação de Tecnologias em Saúde (GHC). Assistente de Coordenação do Programa de Atenção Domiciliar do HNSC.

Thaise da Silva Nunes

Enfermeira (UFRGS). Especialista em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso (IFRS – Escola GHC). Integrante do Escritório de Gestão de Altas.

Valquíria Inês Pacheco Martins

Enfermeira (PUCRS). Especialista em Urgência e Emergência: Gestão e atenção no SUS (IFRS – Escola GHC). Especialista em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente (IEP Sírio-Libanês). Equipe de Gestão de Risco Assistencial do HNSC.

Vinícius Lima dos Santos

Advogado. Especialista em Direito do Trabalho (PUC). Coordenador Administrativo UPA Moacyr Scliar.

Viviane de Freitas Domingues Santander

Enfermeira do Núcleo Interno de Regulação do HNSC.

Viviane Valentina Bortoli Magalhães

Supervisora do Serviço de Higienização do HNSC.



Gráfica RJR

www.graficarjr.com.br

Impresso em sistema digital, com
papel proveniente de florestas
plantadas e certificadas.

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-61979-39-3



100%
SUS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL