

MBA EXECUTIVO EM SAÚDE – MBA SAÚDE 1/14

PATRICIA RAUEN FRANCO DE OLIVEIRA

**TÍTULO: IMPLANTAÇÃO DO NIR NO HOSPITAL DO
TRABALHADOR.**

SUBTÍTULO: FLUXOS E GESTÃO DE LEITOS.

CURITIBA

2016

1. INTRODUÇÃO:

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado na Constituição Federal de 1988 com a grande tarefa de fazer valer o artigo 196 da CF/88 que determina que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”. O SUS tem como princípios e diretrizes a universalidade, a integridade e a equidade da atenção em saúde (BRASIL, 2011).

Desde o surgimento do SUS até os dias atuais, o Brasil sofre muitos desafios na área da saúde com a precariedade de investimento na área, o não funcionamento das redes de assistência em todas as esferas e para toda a população, a não garantia do acesso dos usuários do SUS com qualidade aos serviços de saúde, o difícil processo de corresponsabilização entre os trabalhadores, usuários e gestores nas linhas de cuidado, a desvalorização dos profissionais da saúde e por fim, o frágil vínculo com os usuários (BARRETO; MEDEIROS, SILVA, 1999).

O Ministério da Saúde (MS) entendendo a importância do atendimento oferecido pelo SUS às pessoas nos serviços de saúde criou, no decorrer dos anos, diversas diretrizes e programas. O primeiro foi o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH, 1991) tendo como um dos objetivos “desenvolver um conjunto de resultados e sistemas de incentivos ao tratamento humanizado”. O PNHAH propôs uma melhora na qualidade e na eficácia dos serviços hospitalares prestados aos usuários do SUS. Posteriormente o MS cria a Política Nacional de Humanização (PNH, 2003) para estabelecer políticas de melhoria nas relações entre os serviços e os usuários, onde apresenta “um compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento”. As diretrizes da PNH foram criadas no sentido de orientar as práticas de produção de saúde; são elas: clínica ampliada; co-gestão, acolhimento; valorização do trabalho e do trabalhador; defesa dos direitos do usuário; fomento das grupalidades, coletivos e redes; e construção da memória do “SUS que dá certo” (BRASIL, 2010).

Atualmente nas composições de estratégias de saúde é muito valorizada a participação do paciente como sujeito do processo de cuidado à saúde em todos os aspectos, desde o seu tratamento até o local de permanência durante todo o

processo de terapia. Hoje o paciente é o centro que norteia todo o planejamento de saúde, busca-se uma gestão participativa entre todos os envolvidos no processo, incluindo até o familiar (o cuidador). De acordo com Mendes, et al. (2009) a novidade do movimento contemporâneo é colocar em primeiro plano a opinião do usuário como um aspecto determinante no julgamento da qualidade.

Segundo Ricci ET al. (2009), a arte do cuidado em saúde não se resume ao tratamento médico do paciente e que, fatores como acessibilidade, atendimento e infra estrutura são considerados tão relevantes para a satisfação do paciente quanto a sua própria “cura”.

O Ministério da Saúde conceitua Hospital como parte integrante de uma organização médica e social, onde sua atividade fundamental consiste em proporcionar à população assistência médica integral, preventiva e curativa, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde. O Hospital deve apresentar resultados favoráveis dos serviços à comunidade, devido ao seu forte componente de inserção social (MIRSHAWKA, 1994).

De acordo com Marques (2004), o modelo assistencial idealizado pela população ainda é a atenção médico-hospitalar. O hospital representado pelos serviços de emergência, apesar de superlotado, impessoal e atuando sob a queixa principal, aparecerem como o local que reúne somatórios de recursos da medicina oficial, quais sejam: consultas, medicamentos, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e de imagem e internações, enquanto as unidades básicas oferecem apenas consulta.

Neste contexto é inserido o Hospital do Trabalhador, que fica localizado em Curitiba, capital do Estado do Paraná. Inaugurado em 18/12/1947 o Hospital foi inicialmente chamado “Sanatório Médico Cirúrgico do Portão” para atender os pacientes acometidos pela tuberculose e suas complicações. Em 1980 passou a ser referência aos portadores de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e renomeado como Hospital Geral Mauro Senna Goulart (Hospital Geral do Portão). Assume nova missão a partir do Convênio 029/1997 entre a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Universidade Federal do Paraná (UFPR) e sua Fundação para o Desenvolvimento da Ciência, da

Tecnologia e da Cultura – FUNPAR, quando passa a denominar-se Hospital do Trabalhador (HT). Este convênio com a FUNPAR foi estabelecido a fim de suplantar dificuldades e permitir ao Hospital agilidade administrativa, capacitando-o a cumprir sua missão, ou seja, fornecer as condições para assistência e ensino de qualidade em proporção a demanda de Pronto Socorro, suprimindo as carências epidemiológicas regionais.

A inauguração do Pronto Socorro (29/06/1998) foi um “marco” para a transformação da cultura institucional. No período de vigência do Convênio 029/1997 recebeu o título de Hospital Amigo da Criança (15/03/2000), foi reconhecido como Hospital de Ensino (Ministério da Saúde e Educação – Portaria interministerial nº 862 de 07/06/2005) e está Contratualizado junto ao Sistema Único de Saúde desde 01/10/2006. Trata-se de hospital referência para trauma de Curitiba, região metropolitana e todo o estado do Paraná.

Com a inclusão do HT no Programa SOS Emergência do Ministério da Saúde em 28 de março de 2013, uma parceria nos três níveis de gestão: Municipal, Estadual e Federal, o HT compromete-se em ampliar e aprimorar sua capacidade assistencial, com foco na eficácia, resolutividade e atendimento humanizado. Dentro desta visão várias estratégias foram implantadas, e a criação do NAQH (Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar) foi uma das primeiras ações para identificar o diagnóstico situacional e delimitar o plano de ação sugerindo melhorias. Na sequência outras ferramentas foram também implantadas, com o intuito de racionalizar a gestão dos leitos, como o KANBAN no Pronto Socorro, Núcleo Interno de Regulação (NIR) e a Classificação de Risco nas portas de entrada.

NIR (NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO):

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde foi implementada em 2008, visando equalizar o desequilíbrio crônico existente entre a oferta e a procura pelos serviços médico-assistenciais no país, estabelecendo a criação de Centrais de Regulação e Núcleos Internos de Regulação nos hospitais.

A proposta do NIR (Núcleo Interno de Regulação) vai ao encontro das diretrizes do Programa SOS Emergência, celebrado a partir da Portaria/GM 1663 de 6 de agosto de 2012, que é uma ação estratégica prioritária para a implementação

do Componente Hospitalar da Rede de Urgência e Emergência, realizada em conjunto com os Estados, Distrito Federal e Municípios para a qualificação da gestão e do atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) nas maiores e mais complexas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência do SUS.

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é o setor responsável pela regulação dos leitos da unidade, de acordo com as necessidades do paciente e respeitando a missão, a visão, o perfil assistencial e a capacidade instalada da unidade. O NIR faz a interface do hospital com as centrais de regulação e os núcleos internos de outras unidades, solicitando, quando necessário, exames, consultas e transferências das especialidades que a unidade não dispõe.

O setor também é responsável pelas transferências internas dos pacientes oriundos das portas de entrada: emergência, maternidade e pacientes eletivos, respeitando a pactuação, com os coordenadores de serviços e protocolos estabelecidos.

Sendo assim o NIR é uma ferramenta de gestão que trabalha de forma colegiada, em parceria com todos os setores e seus responsáveis, tendo como foco a qualidade da assistência prestada ao paciente.

Um dos princípios doutrinários do SUS é o da equidade, ou seja, tratar cada qual segundo suas diferenças. A única forma de alcançarmos este fim é através da Regulação, para que consigamos estabelecer redes de assistência, otimizar os recursos e reduzir a ociosidade do sistema.

O NIR é composto por equipe multiprofissional: médicos, enfermeiros, assistentes sociais e auxiliares administrativos.

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DO NIR – HOSPITAL DO TRABALHADOR

- Coordenar o trabalho de Regulação no âmbito do hospital;
- Ser a interface do hospital com a Central de Regulação, interagindo com a equipe interna e com a Central, garantindo o fluxo contínuo da informação e das internações conforme a pactuação estabelecida e a resolução de situações não previstas;
- Participar da construção e avaliação contínua dos Protocolos de Regulação em sua área de adscrição;

- Monitorar diariamente o fluxo de informação entre o Hospital e a Central de Regulação, em especial atenção ao censo diário;
- Acompanhar os indicadores gerenciais, qualificando a informação gerencial intra-hospitalar;
- Fornecer subsídios à Direção Assistencial para que o gerenciamento dos leitos possa ocorrer, sinalizando contingências locais que possam comprometer a regulação;
- Elaborar relatórios mensais para a Direção contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada;
- Informar regularmente à Central de Regulação as atualizações do cadastro do hospital (CNES);
- Semear a “cultura da Regulação” no interior do hospital, fortalecendo o processo de implementação;
- Integração com as equipes multidisciplinares;
- Monitorização das transferências internas do PS, UTI, posto 1 e Hospital Dia;
- Regulação das vagas de UTI;
- Realização de reuniões diárias para discussão dos casos auxiliando nas pendências apontadas pelos setores; Acompanhamento de fluxos estabelecidos na linha de cuidado dos pacientes que tenham internamento prolongados;
- Participação das reuniões da rede de Urgência e Emergência (RUE);
- Monitorização do mapa cirúrgico (cirurgias atrasadas, canceladas e realizadas);
- Implantação do TOE (trauma ortopédico eletivo), elaboração do Kit, fluxos e divulgação com as equipes;
- Monitorização das órteses e próteses;
- Participação das reuniões do Núcleo de Acompanhamento de Qualidade Hospitalar (NAQH), onde são apresentados problemas dos diversos setores, o NIR auxilia nas questões que está envolvido dentro de sua área de atuação;
- Controle dos indicadores: **Pronto Socorro**: pacientes internados, pacientes em observação, pacientes com transferências internas, e pacientes com

transferências externas. **Posto 1(enfermarias):** número de pacientes internados, pacientes de alta, pacientes aguardando leito de retaguarda e pacientes aguardando para domicílio. **Centro Cirúrgico Eletivo e Pronto Socorro:** número de cirurgias realizadas, canceladas e atrasadas.

1.1 JUSTIFICATIVA

Ao abordarmos a organização das Portas de Emergência, em particular tratando da gestão da ocupação de leitos, e neste caso, não somente com enfoque na ocupação do espaço das emergências propriamente dito, mas, e especialmente, em relação à ocupação dos leitos hospitalares, com ênfase nos leitos da retaguarda para a Urgência e Emergência, duas situações têm sido observadas na ocupação hospitalar nestes casos: a primeira mostra uma ocupação preferencialmente pela emergência, ou seja, a demandado Pronto Socorro é que ocupa o hospital, isso claramente sacrifica todo o acesso da eletividade nos serviços, como consequência há acúmulos cada vez maiores nas listas de espera dos ambulatorios, situação que, como numa roda viva, acaba retornando às emergências porque há complicação natural do processo patológico ou porque encontra como única forma resolutiva à “urgencialização” dos casos pelas equipes médicas.

Outra possibilidade é a ocupação dos espaços hospitalares completamente pelos casos eletivos, fato comum em especial nos hospitais Universitários, onde a necessidade das emergências é sempre sobreposta pela dos ambulatorios, sobrecarregando sempre as unidades de emergência.

Claramente as duas situações são predatórias e prejudiciais a ambos: ao sistema de urgência e também a necessidade de resolução dos casos eletivos, sendo obviamente necessária uma forma intermediária de solução, um processo de pactuação de interesses e necessidades que deem conta das necessidades apresentadas e possibilitem encontros resolutivos e sustentados.

Entretanto, o que fazer na situação de superlotação em que vivemos nas grandes emergências do País? Como lidar com situações contingenciais de grande aumento da demanda, como nos casos de catástrofes ou epidemias, que desestruturam mesmo serviços muito organizados.

Parece lógico que nestas situações a ocupação hospitalar deva se pelo olhar das emergências, com prioridade aos casos das unidades de urgência e emergência, uma vez que o determinante é a manutenção da vida e da dignidade, que tem dificuldade em ser integralmente mantidas em Pronto Socorro, com sua capacidade instalada muitas vezes suplantada e, não incomumente, mantendo pacientes por dias sob condições precárias, tanto para a resolução terapêutica como em questão de confortabilidade.

Entretanto, estas devem ser ações absolutamente transitórias, chamando a responsabilidade dos gestores para a organização do sistema com as devidas pactuações e respostas que possibilitem estruturas intermediárias e responsáveis da ocupação hospitalar que garanta a necessidade da emergência e também da eletividade dos sistemas ambulatoriais dos serviços.

A ocupação hospitalar também esta ligada à velocidade do trânsito pelo hospital, que em certa medida pode ser avaliada e interpretada pelo tempo de permanência hospitalar, como principal indicador, que por sua vez depende de inúmeros fatores:

1. Internos ao hospital: informação e grau de informatização, existência de horizontalidade na organização do atendimento, forma a velocidade de acesso a exames, acesso a interconsultas, etc.
2. Externos ao hospital: existência de rede de atendimento pós-hospitalar, regulação das capacidades da rede hospitalar, suporte social, etc.

No geral, as estruturas hospitalares têm mantido tempos médios de permanência em suas enfermarias extremamente altos, traduzindo-se em excedente que fica represado nas emergências, causando também elevadas médias de permanência, de pacientes acomodados em situações de imprevisto e precariedade.

Claro que a melhora de indicadores, como a Média de permanência, deve levar em conta todos os fatores apontados acima, entretanto o que esta na governabilidade dos atores do hospital são os ligados a ações internas. Assim, destacam-se como estratégias mais importantes na ação de melhorias internas para a diminuição das médias de permanência a adoção de processo de cuidado pautada

na Gestão da Clínica e a pactuação com todas as equipes do hospital e os serviços de apoio, no sentido de mobilizar toda construção da rede intra-hospitalar e viabilizar os acordos internos.

Considerando-se então os fatores internos, destacam-se abaixo alguns pontos relevantes para a pactuação da gestão de vagas, compatibilizando-se a demanda local e os recursos disponíveis no serviço:

1. Uma definição importante é a determinação do Coordenador do Projeto Terapêutico nas emergências. Historicamente, os pacientes que permanecem nos ambientes de pronto Socorro têm seu caso seguido, enquanto define-se seu diagnóstico e terapêutica, pelo especialista, que normalmente não fica todo o tempo nestes setores, assumindo várias funções simultaneamente, tornando então o processo decisório mais demorado, aumentando a permanência na unidade de emergência. Como já ocorre nas Unidades de Terapia Intensiva, onde a condução do projeto terapêutico cabe ao intensivista, no ambiente da emergência também se impõe o mesmo processo, sendo o especialista incorporado a equipe de cuidadores, mas sempre sob coordenação do emergencista. Isso traz reflexos no processo de decisão de internação, que uma vez sendo responsabilidade da equipe de porta diminui distorções e permanências elevadas. Entretanto, é necessário ratificar a importância de processos pactuados e solidários, evitando-se disputas prejudiciais somente aos pacientes.
2. Também é fundamental a pactuação de protocolos que devam ser respeitados tanto pelas equipes de porta quanto pelas internas, tornando comuns as investigações diagnósticas e condutas terapêuticas em todos os ambientes do hospital; isso evita a duplicação de exames, o retardo no tratamento, a substituição precoce de drogas, etc.
3. Outro ponto crucial na diminuição da permanência refere-se a agilidade nas respostas aos exames subsidiários. Assim, pactuações com os serviços de apoio para a priorização e hierarquização dos exames da emergência são fundamentais para esse processo (uma análise urinária não deve prevalecer sobre uma dosagem enzimática por suspeita de evento coronariano apenas

porque deu entrada primeiro no laboratório). Também são importantes a informatização e a disponibilização em rede dos resultados de exames, garantindo a agilidade no processo.

4. A horizontalização das escalas de trabalho garante o acompanhamento no tempo dos casos que ficam nas emergências, facilitando o processo de trabalho e agilizando o processo decisório, tornando viável a coordenação do projeto terapêutico pelo pessoal da emergência. Entretanto, as jornadas de trabalho, especialmente de médicos, nas emergências têm sido, historicamente, desenhadas de maneira vertical; uma mudança processual, portanto, implica em mudança estrutural (relacionado a vínculos e complementação de salários), além de cultural. Faz-se necessário, então, a construção de situações alternativas de incentivo à parte das equipes, especialmente médicos e enfermeiros, no sentido da construção de jornadas horizontais para o suporte de pacientes que têm maior permanência nos ambientes de Urgência e Emergência.
5. Também é necessária a organização dos fluxos e processos de trabalho nas emergências levando-se em consideração a atenção por nível de necessidade do usuário, a fim de se pactuar, por área de atenção, os limites de tempos de permanência aceitáveis, facilitando-se o processo de acompanhamento e decisão.
6. Pactos com unidades de apoio como UTIs, Centros Cirúrgicos e Obstétricos, entre outros, são fundamentais para a definição dos critérios de acessos e estas áreas com disputa por recursos críticos, que por vezes se faz com critérios pouco claros, como interesse acadêmico por essa ou aquelas patologias em detrimento a casos “mais comuns”, mas que estão há muito mais tempo aguardando pelo recurso ofertado.
7. Assim, salienta-se que a gestão da porta de urgência deixa de ser tarefa de uma só pessoa. Percebe-se a necessidade da formatação de uma equipe de gestão para as unidades de urgência e emergência, que deem conta de toda a tarefa de avaliação dos processos, proposição de alternativas e implementação e acompanhamento das ações e pactos para a qualificação da atenção nestes setores. Torna-se fundamental que esta equipe de gestão

(composta por três ou quatro profissionais, dependendo do tamanho da unidade) seja complementada por um Colegiado multiprofissional de gestão da unidade e que construa um Regimento, para a promoção de canais formais de viabilização dos principais mecanismos de contestação e sugestões.

8. Destaca-se por fim, a necessidade da viabilização de um pacto das permanências com todas as equipes do hospital, com determinações claras de médias de permanência máximas aceitáveis por equipe com metodologia de constante avaliação e correção. É importante destacar que casos CE maior dificuldade na evolução ou com acréscimo de complicações sociais, por exemplo, podem ser subtraídos da média, de forma pactuada e responsável. Para a viabilização das ações propostas para a diminuição das médias de permanência, tanto nas Unidades de Urgência e Emergência, quanto nas outras unidades do hospital, como enfermarias, unidades de terapia intensiva, etc. Algumas “ferramentas tecnológicas” passam a ser sugeridas. Claro que não há a pretensão de se esgotar as possibilidades, entendendo-se que muitas outras ações são possíveis e viáveis nos vários serviços, nem tampouco tornar-se um texto prescritivo, mas somente enumerar ações de relativa facilidade de implementação nos serviços:
 - A. Informação e Informatização da Ocupação Hospitalar: a informação da ocupação dos leitos hospitalares, e sua vacância têm que estar disponível em tempo real para as equipes de porta, para a tomada rápida de decisão. Portanto, são fundamentais a informatização da informação e a clara definição dos responsáveis pela alimentação dos sistemas.
 - B. Controle das Permanências nas Emergências: a utilização da metodologia do KAN BAN que, a partir da pactuação das médias de permanência por áreas e especialidade, constitui-se em um mecanismo que utilize símbolos e gráficos como controle do tempo de permanência e das causas de alongamento do tempo esperado como elementos de subsídio para a condução clínica pelas equipes é fundamental para a qualificação do processo de cuidado.
 - C. Grupo Interno de Gestão de Vagas: a partir das informações dos pacientes que estão na emergência com a seu tempo de permanência evidenciado pelo KAN BAN e a disponibilidade de vagas do hospital, um grupo formado por

pelo menos três pessoas (compostos no geral por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e/ou outros profissionais) deve ter legitimidade para a tomada de decisão da ocupação. Este processo deve ter acento em critérios pactuados e acompanhados pela equipe de gestão da urgência. Assim, para a Gestão dos Leitos, destacam-se dois momentos muito importantes: a quantificação e qualificação da demanda e a caracterização da capacidade operacional naquele dia. Estas informações podem ser obtidas através da visita a leito das enfermarias e em conversa com as equipes de plantão com registro das informações coletadas.

- D. Protocolos de Inclusão por Área e Especialidade: conforme acentuado no item anterior, a viabilização do processo só se legitima pela pactuação de critérios claros de inclusão nas áreas de apoio e especialidades no hospital.
- E. Agilização e Suporte para Altas Hospitalares: “o trabalho da alta hospitalar se inicia no momento da internação”. Conceitos como estes devem ser incentivados e valorizados nos ambientes hospitalares, com implementações de projetos como “Familiar Participante”, por exemplo, onde a rede social e afetiva do paciente é precocemente incluída na equipe de cuidadores para capacitar-se a continuidade do processo de cuidado após a alta. Outra ação importante é a criação de ambientes de apoio a alta; sabe-se que por vezes uma alta pode ocorrer pela manhã, mas a disponibilização do leito só ocorre horas depois, devido a demora na transferência do usuário por dificuldades inerentes aos familiares; áreas confortáveis para o apoio a alta nestas situações agilizam o processo de ocupação dos leitos diminuindo a permanência e a ocupação das unidades de urgência.
- F. Criação de Áreas de Suporte para Cuidados Intermediários nas Enfermarias: seguindo o mesmo conceito de atenção por nível de necessidade, a criação de áreas de suporte para cuidados intermediários otimiza a utilização dos equipamentos necessários ao cuidado e também ao processo de trabalho das equipes. Estas áreas são fundamentais para a pactuação com as unidades de cuidados intensivos para a continuidade da terapêutica à pacientes já em fase de menos necessidade nas enfermarias e assim possibilitar a ocupação das

UTIs com outros pacientes, que neste momento são detentores de maiores necessidades.

A superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalares é um fenômeno mundial e o aumento do tempo de permanência nos Prontos Socorros é o principal marcador desta realidade (BITTENCOURT, 2009).

O HT vivencia a mesma situação, sendo a Enfermaria a principal unidade de internação para pacientes provenientes do: OS, Centro Cirúrgicos Geral e Eletivo e UTIs. Os 60 leitos existentes nesta unidade são utilizados, ininterruptamente, para cirurgias eletivas, emergências de baixa e média complexidade do Pronto Socorro, pacientes de alta da UTI, internações sociais, tendo assim uma desproporção entre demanda e capacidade instalada assim como concorrência elevada para estes leitos. Outros fatores também influenciam na alta taxa de permanência: ajustes no processo de trabalho da equipe médica horizontal e equipe multidisciplinar, inexistência de atenção domiciliar, fluxos e processo internos que necessitam ser implantados, ausência de retaguarda hospitalar para sequelados graves com potencial de reabilitação, recursos humanos e estrutura física subdimensionados.

Ator Social é definido por Matus (1993) como um grupo de pessoas, ou até uma única personalidade, que, agindo em determinada realidade, é capaz de transformá-la. Um ator social para se configurar como tal, deve ter característica/condições: (1) um projeto para intervir na realidade que deseja mudar; (2) capacidade de mobilizar recursos e motivar pessoas para levar a frente um plano de mudança e (3) algum grau de organização, ou seja, os componentes do grupo devem estar de acordo com o proposto de mudança. Abaixo segue tabela contendo os atores sociais:

Análise de contexto	Elaboração de fluxos e processos internos para as enfermarias		
Problema priorizado	Concorrência pela estrutura de leitos e espaços na instituição, acarretando em fluxos e processos internos mal definidos.		
Atores	Valor	Interesse	Nota (0 a 10)
NIR-NECIH-HOTELARIA	Alto	+	10

Supervisão de enfermagem das enfermarias	Alto	+	10
Supervisão de enfermagem do PS	Alto	+	10
Supervisão de enfermagem da UTI	Médio	-	6
Central de leitos - agendamento	Médio	+	6
Equipe médica	Alto	+	10
Assistente Social	Médio	+	8

Os principais atores sociais envolvidos na dinâmica de trabalho das enfermarias são equipes: médica; enfermagem da enfermaria, PS, UTI; equipe multidisciplinar; NIR; NEVIH; Hotelaria. Sendo que cada ator tem sua particularidade e seu nível de influência e relevância dentro do processo.

A proposta do projeto aplicativo é intervir e sugerir processos, fluxos e protocolos a fim de melhorar o gerenciamento dos leitos e otimizar a capacidade instalada.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL

Aperfeiçoar a gestão de leitos do Pronto Socorro, UTIs e enfermarias; a fim de aumentar a rotatividade e a capacidade para recebimento de pacientes.

1.2.2 Objetivos Específicos

1. Conhecer e detalhar os fluxos dos pacientes internados em hospital público, classificado como hospital de referência ao trauma;
2. Identificar fatores que postergam a definição diagnóstica ou terapêutica para cirurgia, alta ou transferência;
3. Fortalecer o NIR (Núcleo Interno de Regulação);
4. Ajustar o cuidado horizontal e implementar o Plano Terapêutico Singular;
5. Implantar Kanban nas enfermarias;

6. Efetivar e/ou atualizar protocolos e planos terapêuticos para o cuidado, padronizando condutas, assim como os protocolos de plano de altas.

2. CONTEXTO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Com o intuito de demonstrar o atual funcionamento da Rede de Atendimento, abaixo descrevemos: indicadores e características do hospital, as vias de acesso e fluxo de pacientes para atendimento emergencial no Pronto Socorro do Hospital, e logo em seguida o funcionamento da enfermaria referente a rotina e disposição de leitos, bem como o impacto de implementação de protocolos assistenciais na unidade de internação.

O Hospital do Trabalhador dispõe de 222 leitos sendo: 30 leitos de terapia intensiva adulto e 10 leitos de terapias intensiva neo-pediátrica, 30 leitos de pediatria, 16 leitos hospital-dia, 60 leitos na enfermaria adulto, 4 leitos de infectologia, 35 leitos de alojamento conjunto, 27 leitos/macass de Pronto Socorro. Além destes, dispõe de 9 salas cirúrgicas gerais e 4 específicas para obstetrícia.

O Hospital do Trabalhador apresenta média de 1200 internações/mês, 1000 cirurgias/mês, divididas entre Ortopedia (500 cirurgias/mês), Cirurgia Geral (150 cirurgias/mês), Neurocirurgia (30 cirurgias/mês), entre outras especialidades (cirurgia CAIF, Cirurgia Plástica, entre outras). O tempo médio de permanência (TMP) do hospital está entre 2-3 dias, porém, na enfermaria encontra-se entre 6-8 dias.

Considerando a dinâmica do PS/HT como uma unidade com “Porta aberta” os pacientes chegam por condições clínicas variáveis para serem atendidos, desde condição primária emergencial ou de urgência em caso de trauma agudo ou recente, referenciado via unidades de saúde, até aqueles que já foram atendidos previamente e retornam para reavaliação, em caso de piora clínica. Paralelamente pacientes com trauma agudo são admitidos pela emergência do SAV (Suporte Avançado de Vida), transportados regularmente por ambulância do SIATE ou Samu, e via resgate aéreo com helicóptero.

As equipes de atendimento são multidisciplinares, com médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, acadêmicos de medicina, assistente social, técnicos em radiologia no Rx e na Tomografia, secretários na recepção do OS e cadastro de exames de imagens, vigilantes nas principais vias de acessos externos ao OS, policial militar, plantão de morgue, equipes de manutenção, higienização, nutrição.

Os pacientes em permanência no OS, conforme a classificação do risco ou sua condição de internados são alocados:

- SAV: permanecem aqueles em ventilação mecânica e sedados, aguardando vaga em UTI para transferência;
- Sala de observação masculina ou feminina: permanecem os pacientes sem risco de vida ou gravidade moderada a leve, bem como nas macas dispostas lado a lado no Pronto Socorro, onde muitas vezes ficam internados por mais de 72 horas aguardando alta hospitalar ou transferência para enfermaria;
- Sala de espera interna (em frente ao balcão do posto de enfermagem): permanecem os pacientes em atendimento pela ficha (BE) “Boletim de Emergência”, regularmente com prognóstico de liberação breve. Quando ocorre superlotação, alguns pacientes ficam aguardando na recepção do Pronto Socorro.

A enfermaria é a principal unidade para recebimento destes pacientes que são provenientes do Pronto Socorro, Centros Cirúrgicos Gerais e Eletivos e UTIs. Os 60 leitos existentes nesta unidade são utilizados, ininterruptamente, para cirurgias eletivas, emergências de baixa e média complexidade do Pronto Socorro, pacientes de alta da UTI, internações sociais, tendo assim uma desproporção entre demanda e capacidade instalada assim como concorrência elevada para estes leitos. Outros fatores também influenciam na alta taxa de permanência: ajuste no processo de trabalho da equipe médica horizontal e equipe multidisciplinar, inexistência de atenção domiciliar, fluxos e processos internos que necessitam ser implantados, ausência de retaguarda hospitalar para sequelados graves com e sem potencial de reabilitação, recursos humanos e estrutura física subdimensionados.

A enfermaria do Hospital do Trabalhador funciona como retaguarda interna, os 60 leitos divididos em: 24 leitos da ala A, 36 leitos para ala B. A equipe de trabalho é composta no período da manhã (até as 15h00min) com 3 (três) enfermeiros (2 assistenciais – alas A e B e 1 administrativo –coordenação); na parte da tarde 2 enfermeiros e 1 enfermeiro no período noturno.

Com relação à rotina de trabalho, as visitas com as equipes médicas da Ortopedia e Cirurgia Geral acontecem as 07h00min horas da manhã com uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicologia, nutrição, serviço social e NIR). Nesta visita são definidos os seguintes procedimentos:

- Jejum dos pacientes em pré-operatórios;
- Alta dos pacientes;
- Elaboração do plano de cuidados de enfermagem;
- Atendimentos as famílias e acompanhantes;
- Realização e avaliação dos pacientes e orientações às equipes de enfermagem sobre os cuidados com os pacientes portadores de lesões de partes moles e úlceras por pressão;
- Encaminhamentos dos pacientes aos Centros Cirúrgicos;
- Encaminhamentos dos exames;
- Realizado registros e evolução dos pacientes no prontuário eletrônico e no visual Hospub.

Com relação à verificação da disponibilidade de leitos, diariamente no início do plantão da tarde são verificados quais leitos estão disponíveis e higienizados, e estas vagas são informadas preferencialmente às UTIs e as restantes são ofertadas ao Pronto Socorro. Existe também nesta distribuição de vagas da necessidade de isolamento/precaução de contato do paciente.

No que tange aos procedimentos de altas da enfermaria, a liberação do leito depende dos seguintes fatores:

- Alta médica no início da manhã;
- Após os pacientes terem suas altas assinadas, a Assistente Social verifica quais são e realiza contato com familiares e/ou responsável;

- Verificação/disponibilidade de horário que familiares e/ou transporte (quando pacientes de outras cidades) virão buscá-los. O fato de não haver um horário limite para que os familiares dos pacientes residentes em Curitiba busquem os mesmos é um limitador neste processo, pois, atrasa a liberação do leito;
- Após a liberação do leito do paciente é solicitado à equipe de higienização o procedimento de desinfecção terminal e assim que o mesmo seja finalizado, são comunicadas as vagas da enfermaria para as UTIs.

A liberação de vagas da enfermaria para o Pronto Socorro ocorre somente no período da tarde, em função da assistência de enfermagem (banhos, curativos, exames, encaminhamento ao Centro Cirúrgico) ser realizados principalmente no período da manhã.

Alguns pacientes aguardam por tempo além do previsto quando de seu internamento, por materiais especiais para o ato cirúrgico, fato que gera desconforto ao paciente, reclamação de familiares e conseqüentemente repressão de leitos.

Existe uma desproporção de leitos de retaguarda da enfermaria para as altas das duas Unidades de Terapia Intensiva do hospital. De acordo com a legislação brasileira é obrigatória a existência de Unidade de Terapia Intensiva em todo hospital terciário, e nos secundários que apresentem capacidade igual ou superior a 100 leitos, bem como nos especializados. O número de leitos da Unidade de terapia Intensiva em cada hospital deve corresponder a um mínimo de 6% do total de seus leitos, não podendo ser inferior a 05 (cinco) leitos por unidade (BRASIL, 2001).

Em relação à desproporção de leitos de UTI e leitos de enfermaria no Hospital do Trabalhador utilizamos o cálculo sugerido na proporção de leitos hospitalares da portaria nº 1101/GM em 12 de junho de 2002 do Ministério da Saúde na qual, em média, a necessidade de leitos de UTI é de 4% a 10% do total dos leitos hospitalares. Se levarmos em conta que o Hospital do Trabalhador tem 222 leitos, teríamos 18% dos leitos sendo de Terapia Intensiva Adulta e Neopediátrica.

Então considerando 30 leitos de UTI adulto e 60 de enfermaria adulto, perfazendo um total de 90 leitos, sendo então os leitos de UTI responsáveis por 33%

deste total, gerando dificuldade de alta dos pacientes por falta de leitos de enfermaria de adultos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO PARA LEITOS DA RETAGUARDA

O trauma é um agravo que se tornou um problema de saúde pública, Sendo hoje uma das principais causas de adoecimento e mortalidade da população brasileira e que pode ser prevenido e evitado. Para tanto a Portaria MS nº 1.365 de 08 de julho de 2013, aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, considerando a necessidade da prevenção para reduzir a mortalidade decorrente das causas externas e a necessidade de implantar e implementar uma rede de atendimento integral ao paciente vítima de trauma (BRASIL, 2013).

As causas externas constituem um grave problema de saúde pública, com aumento dos custos sociais e econômicos necessários ao tratamento e reabilitação dessas vítimas, (VIEIRA, 2011). Dados de mortalidade do município de Curitiba demonstram que as causas externas ocupam a terceira posição neste ranking (DATASUS, 2012).

O atendimento ao trauma gera uma grande demanda ao Sistema Único de Saúde, e estes são suficientes para congestionar os serviços de urgência e emergência em todo país.

A superlotação foi caracterizada como uma realidade mundial, com causas e consequências. As intervenções neste problema exigem medidas na fase pré-hospitalar com melhoria da atenção à saúde da rede básica, no intra hospitalar com melhoria dos processos de trabalho e estruturação interna da equipe assistencial, e intervenção nas forças de saída(BITTENCOURT, 2010). No output (pressão de saída do Serviço de Emergência Hospitalar), consideram-se os componentes que interferem na saída do paciente do SEH, como por exemplo, acesso ao nível primário de atenção, acesso a hospitais de referência ou internação domiciliar,

acesso às unidades hospitalares (CTI, centro cirúrgico, leitos hospitalares) (BITTECOURT, 2009).

Segundo JOINT COMMISSION RESOURCES, (2013): “consequentemente, quando tentam gerenciar o fluxo de pacientes e prevenir a superlotação, os hospitais devem olhar além da unidade, considerando toda a organização”.

“Os fatores de saída envolvem a capacidade de mover os pacientes do Pronto Socorro para sua próxima acomodação. Ocorre um contrafluxo de pacientes quando eles não podem ser retirados do pronto socorro para uma unidade de internação devido à falta de leitos disponíveis.” (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2013).

Não somente a superlotação, mas também a alta taxa de permanência nas enfermarias, para além do tempo previsto para atendimento no Hospital, é um complicador do processo. Esta taxa de permanência prolongada decorre da dificuldade de efetivação das transferências para continuidade do cuidado em outros níveis. Uma realidade vivenciada no Hospital do Trabalhador devido à falta de pactuação para efetivação das mesmas, ou a falta de estrutura adequada nos hospitais de baixa complexidade, a deficiente garantia de contra referência para os casos de complicação, e o inadequado financiamento pelo atendimento prestado. Confirmando a necessidade urgente de pactuação formal para garantir estas transferências hospitalares.

O objetivo do Programa SOS Emergências – Ministério da Saúde (MS), no qual o Hospital do Trabalhador está inserido e regulamentado pela Portaria MS Nº 1.663, de 6 de agosto de 2012:

Art. 2º são objetivos do programa SOS Emergências:

I – estimular a organização e a implantação da RUE, buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão do SUS para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança de modelo de atenção nos grandes prontos socorros dos estabelecimentos hospitalares integrados ao SUS.

A permanência de pacientes após a fase aguda de tratamento e que necessitam de cuidados para reabilitação ou tratamento de comorbidades pré-

existentes ou intensificadas pelo trauma em um hospital de alta complexidade também impactam na superlotação do Pronto Socorro, e conseqüentemente em dificuldades para a Rede de urgência e Emergência.

Uma das formas de enfrentar a condição de superlotação é através da intervenção nas “forças de saída” hospitalar, otimização na utilização dos leitos internos das enfermarias, das UTIs e conseqüentemente do Pronto Socorro, evitando assim a restrição do Pronto Socorro para ambulâncias/pacientes graves, isso permite a rotatividade do leito, garante que pacientes após estabilização, não necessitando mais da estrutura de um hospital de alta complexidade, possam ter a garantia de continuidade de tratamento em um hospital de baixa complexidade, devidamente articulado no sistema de saúde.

Para utilizar-se a potencialidade na intervenção sobre a força de saída, existe à necessidade de serem estabelecidos leitos de retaguarda externo. O levantamento interno no Hospital do Trabalhador, através do Núcleo Interno de Regulação (NIR), estabelece a necessidade de pactuação de 15 leitos de retaguarda externo para atendimento ao Hospital do Trabalhador.

Após a avaliação de resultados referente à implantação desta proposta, será necessário expandir a estratégia para toda a rede assistencial e para as demais linhas de cuidado.

De acordo com o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Ministério da Saúde: os leitos para retaguarda às urgências e emergências poderão ser criados ou qualificados em hospitais acima de 50 leitos, localizados na região de saúde, podendo ser implantados nos hospitais estratégicos ou em hospitais de menos adensamento tecnológico que deem suporte aos prontos socorros exclusivos para a retaguarda às urgências e estar disponíveis nas centrais de regulação (BRASIL), 2013.

O custo operacional de uma diária hospitalar em estruturas terciárias, como o Hospital do Trabalhador, é elevado. Considerando que o Plano Terapêutico dos pacientes nem sempre exige cuidados de alta complexidade, justifica, portanto a transferência dos pacientes, após indicação médica, do NIR e planejamento de alta

para um hospital de menor complexidade e com menor custo operacional, visando assim maximizar o uso dos serviços para atendimentos de urgência e emergência.

Tratando-se de leitos de retaguarda externo, uma das grandes preocupações discutidas no grupo é o financiamento adequado dos leitos entre as instituições pactuadas neste processo, pois as relações entre os diferentes atores sociais identificados devem apresentar condições que viabilizem a continuidade e longevidade do programa com o uso do instrumento. O incentivo financeiro dos leitos de retaguarda são delimitados na Portaria- MS 2.395, de 11 de outubro de 2011, e de acordo com o Manual de Instrutivo da RUE: as instituições hospitalares, públicas ou privadas, que disponibilizarem leitos clínicos de retaguarda às portas de entrada hospitalares de urgência, por meio da organização de enfermarias clínicas, estarão a receber custeio diferenciado no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) por diária do leito novo ou leito existente qualificado (BRASIL, 2011).

Realizada consulta ao corpo técnico da Auditoria de fatura hospitalar – SMS Curitiba em relação ao financiamento e códigos para Autorização de Internamento Hospitalar (AIH) obtivemos através do Sr. Luiz Ricardo Stinghen as seguintes observações: “Não há código específico para a cobrança em AIHs em relação a leitos de retaguarda, exceto se for leito específico para atendimento do AVC, que vai o código do AVC. Os leitos de retaguarda são remunerados em valores separados da AIH conforme determinam as portarias específicas”.

A regulação destes leitos deverá ser feita integralmente pelas Centrais de Regulação de Leitos, porém, restritos aos encaminhamentos do Hospital do Trabalhador, com o gerenciamento, monitoramento dos parâmetros, garantia de ocupação realizada pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital do Trabalhador, sendo pactuadas metas qualitativas e quantitativas com indicadores.

Cabe ressaltar que a Portaria – MS 2.395, de 11 de outubro de 2011 determina que para habilitar uma enfermaria de retaguarda, alguns critérios devem ser atendidos: “ART. 14(...) X – taxa de ocupação média mínima de 85% (oitenta e cinco por cento); e XI – Média de Permanência de, no máximo, 10 (dez) dias de internação”. (BRASIL, 2011). Portanto a equipe do NIR – Hospital do Trabalhador é

responsável por monitorar o giro do leito, garantindo gestão adequada dos mesmos e de forma a garantir o financiamento adequado proposto pelo Ministério da Saúde.

Ao se definir leitos de retaguarda e garantir a transferência efetiva através do instrumento formal, o grupo entende que pode ser uma das alternativas para humanizar a atenção à saúde, de forma que o paciente possa ser referenciado para internamento em hospitais de baixa complexidade, mais próximo de sua residência, portanto em consonância com a Política Nacional de Humanização – MS (BRASIL, 2013).

A integralidade na assistência à saúde é um grande desafio, pois ao abordar a intervenção nas forças de saída, envolvem diferentes instituições e a transferência do cuidado, ainda é um ponto frágil dentro da rede assistencial. Não há formalização deste processo, entre as instituições hospitalares que atendem o SUS no município de Curitiba e Região Metropolitana com leito estabelecido, padronização da transferência/protocolo, garantia da continuidade do cuidado e garantia de financiamento adequado às instituições envolvidas. A busca de referencial teórico não evidenciou nenhuma estruturação formal na mesma linha proposta identificada pelos autores. Fazendo do presente projeto uma proposta inovadora, com grandes perspectivas positivas.

A utilização de plano terapêutico bem estruturado, bem definido envolvendo o usuário/paciente neste processo e com garantia de continuidade no hospital de retaguarda, permite que a transição do cuidado seja feita de forma efetiva. Assim sendo, os leitos de retaguarda assumem um papel fundamental na assistência à saúde como uma estação de tratamento intermediária entre o hospital de alta complexidade, que é porta aberta para a RUE, e a atenção domiciliar ou mesmo a residência do paciente. A utilização de um plano terapêutico que envolve o paciente e sua família tem grandes possibilidades de bons resultados.

O plano terapêutico visa acima de tudo à autonomia do sujeito sobre as suas condições de vida e saúde por meio da busca de seu protagonismo. Por isso é essencial que parte da responsabilidade terapêutica seja assumida por ele (GARCIA JR, 2014).

Para garantir a continuidade segura do cuidado é necessário que as instituições tenham uma uniformidade nos seus protocolos clínicos e de gestão da clínica. É importante ainda que haja uniformidade também na gestão medicamentosa do plano terapêutico, especialmente no respeito às especificidades dos produtos em utilização.

Considerando tratar de hospitais parceiros, torna-se fundamental a discussão frequente e programada das comissões e do NAQH destas instituições que definirão o Plano Terapêutico Singular (PTS) e analisarão os ajustes necessários frequentemente.

Quanto ao dimensionamento da necessidade de leitos de retaguarda no município deverá obedecer aos parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde: o cálculo define:

- ✓ 75,5% da população total ou de acordo com as especificidades regionais;
- ✓ Necessidade de leitos hospitalares totais: 3,0 leitos para cada 1.000 habitantes (Portaria MS/GM nº 1.101, de 12 de junho de 2002).
- ✓ Necessidade de leitos clínicos: 26,82% da necessidade total de leitos;
- ✓ Leitos de especialidades clínicas consideradas: cardiologia, clínica geral, dermatologia, geriatria, nefro/urologia, neurologia, pneumologia;
- ✓ Leitos disponíveis para o SUS existentes segundo o CNES.

O déficit é calculado por meio da diferença entre a necessidade de leitos clínicos e o número de leitos existentes, para garantir a rotatividade e utilização adequada dos leitos para atendimento das urgências e emergências.

4. PROPOSTA DE INTEVENÇÃO

Para iniciar intervenção na enfermaria, inicialmente foi implantada a ferramenta do Acolhimento com Classificação de Risco no Pronto Socorro do Hospital do Trabalhador em setembro de 2013. Foi utilizada para definir as prioridades no tempo de atendimento dos pacientes no Pronto Socorro, e o protocolo utilizado é o sistema de triagem de Manchester. A classificação de Risco tem como um dos objetivos: reorganização dos fluxos operacionais e reorganização dos fluxos operacionais e

reorganização das rotinas assistenciais (HEISLER, 2012). Em agosto de 2013, um grupo de médicos e enfermeiros do pronto socorro realizou o treinamento ministrado pelo Grupo Brasileiro de Acolhimento e Classificação de Risco. Esta ferramenta vem sendo utilizada até os dias atuais somente para os pacientes com acesso via recepção do Pronto Socorro, conta com sala e enfermeiras dedicadas especificamente para a triagem, identificando a ficha com selo e o paciente com pulseira, nas respectivas cores padronizadas pelo protocolo de Manchester.

O KANBAN , outra ferramenta que foi implementada no mesmo período com a finalidade de monitorar a permanência dos pacientes no Pronto Socorro. Segundo Heisler (2012) o sistema Kanban nas emergências hospitalares pode ser entendido como uma ferramenta de qualificação do gerenciamento do cuidado, por sítios assistenciais. Essa ferramenta identifica o paciente, a equipe responsável localiza o paciente e indica o tempo de permanência do mesmo na emergência. “Foi realizado um investimento inicial pelo Hospital do Trabalhador em placas para a identificação à distância nas macas dos pacientes e um monitor LCD de 50”, afixado no posto de enfermagem, contendo uma lista de pacientes atualizada regularmente conforme a dinâmica do paciente no Pronto Socorro.

A elaboração e implantação de Fluxos e Processos Internos na enfermaria, com o objetivo de otimizar gestão dos leitos com agilidade, comprometimento e segurança, foi criado tendo como base as ferramentas e processo realizados no Pronto Socorro que tiveram sucesso na organização na otimização dos leitos. Abaixo segue algumas metas propostas para atingir os objetivos específicos descritos no projeto:

- Novo Fluxo de Atendimento no Pronto Socorro.
 - Porta de entrada do paciente grave: considerando que a grande maioria teria atendimento pré-hospitalar, estes teriam comunicação prévia por telefone e a equipe já estaria preparada. A chegada seja por transporte aéreo ou por ambulância teria a equipe completa (cirurgião, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e NIR no caso de necessidade de leito em UTI) a espera. Este paciente seria direcionado a sala vermelha onde seria submetido a avaliação inicial e encaminhado como prioridade aos exames complementares de imagem. Como houve aviso prévio, a equipe de banco de sangue estaria a postos, bem como o centro cirúrgico. Após exames/cirurgia definir-se-ia o destino deste paciente que seria ou sala amarela para observação ou internação direta em UTI/enfermaria, uma vez que nenhum paciente permanece na sala vermelha além do período necessário para reanimação. Pacientes admitidos nesta situação por procura direta teriam o mesmo fluxo, porém sem a comunicação prévia. Em casos de situações de pacientes graves e sem leitos disponíveis no hospital, a rede municipal se encarrega de absorver o excedente, sendo o

ideal que se transfira um paciente da enfermaria ou UTI já estabilizado para que o paciente grave não tenha seu cuidado imediato interrompido.

- Porta de entrada do paciente com procura espontânea: estes pacientes seriam triados na recepção conforme classificação de Manchester, sendo que seriam informados do tempo de espera por um painel eletrônico na recepção informando quantos existem para serem atendidos em cada categoria. Uma vez triados, seria encaminhada para suas respectivas áreas de atendimento e salas de observação e exames, cada uma com equipe assistencial própria e tão logo definida a internação estes pacientes seriam encaminhados para enfermaria ou centro cirúrgico.

Fundamental que se tenha uma área separada para atendimento pediátrico evitando que o ambiente misto e assustador de um pronto socorro lotado dificultem a permanência dos pais e acabe por deixar a criança ainda mais estressada.

- Retaguarda hospitalar: considerando a existência do NIR e sua integração com a rede municipal através da central de leitos, à medida que o hospital fosse chegando a sua lotação, para evitar o fechamento de portas, pacientes internados seriam automaticamente transferidos para outras unidades hospitalares do município, conforme fluxo estabelecido, com hospitais de características próprias seja para reabilitação ortopédica, neurológica, clínica médica, etc.

Também seria atuante a unidade de Alta Hospitalar, fazendo com que a alta seja ágil e eficiente através de POPs com orientações, resumos de alta, encaminhamentos, documentos necessários, cópias de exames, transporte e transferência se necessário, etc.

- Implantação de Plano de Alta Responsável da Enfermaria/NIR: segundo SMELTZER & BARE (2008), o planejamento da alta hospitalar envolve ações integradas com a equipe e outros setores institucionais que darão suporte ao cliente após a alta.

A Alta responsável tem como objetivo garantir a continuidade do cuidado ao paciente durante toda sua permanência no hospital.

De acordo com ARAÚJO (2012) a ideia de planejamento da alta hospitalar remete às ações como higiene no ambiente, individualização dos leitos dos enfermos e direção de cuidados desenvolvidos no hospital, como aquelas que contribuam para a saída dos clientes desses hospitais.

O planejamento de alta deve ser iniciado no momento da admissão do paciente na instituição e envolve toda uma equipe multidisciplinar no atendimento, tendo cada especialidade uma função específica:

- Equipe médica: avaliar o paciente; estabelecer o plano terapêutico; registrar observações no prontuário sobre o motivo da não liberação da alta; esclarecer aos pacientes e familiares informações sobre o diagnóstico e plano de tratamento; identificar com 48 horas de antecedência os pacientes com plano de alta hospitalar; registrar documento de alta hospitalar.
- Equipe de Enfermagem: orientar ações de cuidado ao paciente e familiar para alta hospitalar, incluindo retorno ambulatorial; sinalizar à equipe médica alterações no quadro clínico do paciente que possam impedir a alta hospitalar; registrar em prontuário as informações sobre a alta hospitalar.
- Farmacêutico: orientar o paciente e o familiar sobre o uso dos medicamentos prescritos; realizar a dispensação orientada dos medicamentos da prescrição médica de alta; devolução de medicamentos do paciente, caso os tenha deixado sob guarda da Farmácia no momento da internação.
- Nutricionista: estabelecer o diagnóstico nutricional do paciente; educar o paciente e o familiar com relação aos cuidados nutricionais; orientar a dieta após a alta hospitalar.
- NIR: nos casos de transferência hospitalar, colocar o paciente na central de leitos para procura de vagas em outras instituições, serviços de atendimento domiciliar ou de reabilitação.
- Assistente Social: identificar problemas sociais que dificultem a alta hospitalar, transporte, equipamentos, etc. Realizar contato com rede básica de saúde que receberá o paciente para continuidade do tratamento; contribuir para que os direitos do paciente e seus familiares sejam efetivados dentro e fora do Hospital.
- Fisioterapeuta: identificar os problemas ou dificuldades quanto à mobilidade, acessibilidade e realização de atividades de autocuidados; orientar, quando necessário, aos paciente e/ou acompanhantes quanto às modificações na residência, para facilitar o acesso, cuidados posturais e uso de adaptações para realizar atividades de alimentação, higiene e vestuário; orientar quanto aos cuidados para prevenção de queda; orientar quanto à órtese, quando prescrita.
- Assistente Administrativo: realizar o cadastro e a internação do paciente no sistema; efetivar a alta hospitalar no sistema.

É através do monitoramento do processo de alta, mapeando os tempos específicos de cada etapa (alta médica; preparo da documentação; aguardo da orientação da enfermagem; marcação do retorno; alteração no sistema; tempo de higienização do leito; saída do paciente) que conseguiremos implantar a alta responsável.

Sugere-se que a alta seja realizada até 10 horas, com a liberação do leito até 12 horas, para que o mesmo seja liberado para novas internações e agilize a rotatividade dos leitos.

- Implantação do kanban na Enfermaria: a ferramenta Kanban (que tem como finalidade monitoramento de tempo de permanência) será usada para sinalizar com tempo de internamento superior a média de permanência dos pacientes desta unidade, conforme especialidade e PTG (Plano Terapêutico Singular)
- Implantação do TOE (Trauma Ortopédico Eletivo): a implementação de protocolo para procedimento de TOE tem como objetivo a diminuição do número de pacientes internados aguardando cirurgias ou materiais protéticos no Pronto Socorro, que poderiam ser providenciados de acordo com as identificações prévias do especialista. Essa ferramenta ajudará a identificar pacientes que necessitam realizar procedimentos cirúrgicos que podem ser avaliados no Pronto Socorro e posteriormente agendados como eletivas (em até 10 dias), sem permanência dos pacientes ocupando leitos desnecessariamente.

A Portaria de nº 880 de 16/05/2013 define estratégias com o intuito de aumentar o acesso aos procedimentos traumato-ortopédicos de média complexidade no âmbito do SUS, tendo como uns dos objetivos: aumentar o número de atendimento a pacientes que necessitam de procedimento traumato-ortopédicos, reduzir o tempo de espera para conseguir tais procedimentos e regular o encaminhamento dos pacientes vítimas de trauma que necessitem de tratamento definitivo em traumatologia.

- Implantar o CILAC (Central de Internação, leitos e Agendamento Cirúrgico): o objetivo é integrar e centralizar os setores CILAC, SPROC (Serviço de Apoio Administrativo aos Procedimentos Cirúrgicos) e o SECOP (Serviço de Órtese e Prótese) sob gestão do NIR.

O CILAC será organizado e funcionará em uma sala onde está a central de internamento, ao lado do ambulatório, com três funcionárias administrativas e uma enfermeira que serão responsáveis pela internação, marcação de cirurgias eletivas e sob a gestão do NIR, baseados na metodologia “LEAN”, que busca a utilização de leitos disponíveis em sua capacidade máxima dentro dos critérios definidos pela instituição, visando a diminuição da espera pela internação e evitando transferências desnecessárias. Buscaremos um melhor aproveitamento das vagas da enfermaria e do hospital como um todo.

- Implantar uma Comissão Permanente de Análise dos Processos de Tecnologias: para agilizar a compra de materiais não padronizados pela tabela SUS e os de alto custo.
- Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e monitorar seus indicadores: a enfermagem vem mudando ao longo dos últimos vinte anos que se seguiram a arte do cuidado crítico, e junto com esse processo vem a

necessidade de se capacitar cientificamente e de comprometer-se eticamente com ações sistêmicas de avaliação e prevenção, viabilizando assim a redução de desfechos indesejados e analisar, criteriosamente o impacto sobre a qualidade do cuidado.

A segurança do paciente é tema complexo e, nos últimos anos, tem-se assistido o pleno desenvolvimento de política e estratégia global em países com diferentes níveis de desenvolvimento, auspiciado pela Organização Mundial da Saúde. Dessa maneira, a opção estratégica pela segurança tem sido incluída nas agendas das instituições, organizações e sistemas de saúde.

As instituições hospitalares estão cada vez mais preocupadas sem garantir um atendimento de qualidade a seus clientes.

Nesse âmbito, a segurança do paciente, por meio do gerenciamento de riscos, tem recebido destaque com a implementação de medidas de prevenção à exposição aos riscos, bem como aos danos ao cliente decorrentes da assistência à saúde. A enfermagem permanece a maior parte do tempo na unidade de internação e em contato com o cliente, portanto, ela está inserida na gama de profissionais engajados no gerenciamento de riscos.

O cuidado prestado ao cliente é complexo, por isso os profissionais precisam dispor de conhecimento técnico-científico, possuir competências e habilidades específicas e conhecer as normas da instituição, bem como os equipamentos utilizados e os procedimentos realizados. Na maioria das vezes o cuidado é prestado de forma bem sucedida, no entanto, por mais preparada e capacitada que uma equipe de trabalho esteja, erros poderão acontecer, pois errar faz parte da natureza humana. Os riscos aumentam quando “práticas, procedimentos, protocolos, rotinas, técnicas e equipamentos utilizados pelos trabalhadores forem inadequados, complexos e por si só inseguros” (PEDREIRA, 2006).

Porém, devemos aprender com o erro, não tratá-lo de forma punitiva, mas criar estratégias para preveni-lo criando uma “cultura de segurança do paciente”. A maioria dos erros é cometida por profissionais comprometidos e bem treinados, sendo improvável que punições evitem a ocorrência de novos erros. Atualmente, evitar a exposição dos pacientes a situações de risco depende da criação de estratégias que antecipem, previnam e impeçam os erros antes de causarem danos (WATCHER, 2010).

As instituições de saúde esforçam-se para desenvolver uma cultura de segurança do paciente e esperam que cada colaborador esteja preparado para identificar os potenciais perigos e para realizar as mudanças necessárias, ou seja, eliminação, redução e controle dos riscos.

A gestão de risco é um processo no qual são criadas alternativas para diminuir ou eliminar os efeitos adversos que podem ocorrer durante a prática dos profissionais da saúde, além disso, deve contar com um grupo formado por profissionais de diversas áreas (FELDMAN, 2004).

O ambiente hospitalar apresenta inúmeros riscos à saúde dos pacientes, os quais podem agravar seu estado de saúde. Portanto, cabe aos profissionais identificar os riscos à saúde presentes em cada unidade, garantir a segurança dos pacientes e o restabelecimento de sua saúde, bem como evitar ou minimizar as intercorrências durante sua estadia na instituição. O cuidado é considerado a essência do trabalho da enfermagem e precisa ser realizado sem causar dano, de modo a atender o cliente de maneira integral, portanto, é responsabilidade dos profissionais da saúde garantir um cuidado seguro ao cliente, qualificando, deste modo, a assistência de enfermagem.

- Implementação e atualização de protocolos assistenciais na unidade de internamento: ao longo do tempo observou-se que dois problemas são bastante prevalentes na unidade de internamento: dificuldade de identificação da sepse grave e choque séptico e profilaxia inadequada de tromboembolismo venoso. Baseado neste levantamento tomou-se medidas iniciais: treinamento e capacitação da equipe médica e da enfermagem com o protocolo da sepse, reestruturação do protocolo de profilaxia de tromboembolismo venoso.

Essas medidas foram iniciadas embasadas em resultados já conhecidos na literatura, sabe-se que a detecção e tratamento precoce otimizado dos pacientes com sepse por meio de protocolos bem definidos reduz morbidade e gastos hospitalares.

Um destes estudos foi realizado em hospitais brasileiros públicos e privado, evidenciou-se que a morbidade da sepse grave e do choque séptico no Brasil é respectivamente 50% e 68,8% enquanto no mundo é de 47,3% e 52,2%. Importante considerar também que a sepse é um enorme dispêndio para a saúde pública, assim como uma significativa perda de produtividade devida longas permanências hospitalares e alta taxa de mortalidade.

Este estudo tem como resultado após a implementação do protocolo de sepse a diminuição de mortalidade de 50% para 32,2% para sepse grave e de 68,8% para 41% para choque séptico; assim como média de anos de vida produtiva perdida reduzida de 3,18 para 0,8 anos na sepse grave e 9,81 para 4,65 anos no choque séptico.

O tromboembolismo venoso (TEV) é complicação frequente em pacientes internados, contribuindo para o aumento da morbimortalidade de pacientes clínicos

e cirúrgicos, sendo, na maioria das vezes, decorrência das próprias condições que levaram o paciente ao internamento.

O tromboembolismo (TEV) representa um espectro de doenças que contempla a trombose venosa profunda (TVP) a trombose associada a cateteres venosos centrais (trombose-CVC) e o tromboembolismo pulmonar (TEP).

Sabe-se que a incidência de TVP nos pacientes que não recebem profilaxia pode chegar a 40%, já a incidência de TEP é pouco conhecida, mas autópsias em pacientes graves detectaram em 7% a 27% dos casos. Pesquisas demonstram que a profilaxia de tromboembolismo venoso é subutilizada nos hospitais brasileiros e aulas de educação continuada e distribuição passiva de protocolos são insuficientes para melhorar a utilização, mas melhoram a adequação da dose da profilaxia.

Recentemente, estudos clínicos aleatórios envolvendo pacientes internados devido a doenças puramente clínicas, demonstraram que a ocorrência de TEV é similar à encontrada em pacientes cirúrgicos. Em concordância, já foi demonstrado que mais da metade dos casos de TEV sintomáticos acometem pacientes sem nenhuma afecção cirúrgica.

Visando corrigir esta distorção as mais recentes diretrizes enfatizaram a necessidade de atenção para a profilaxia nos pacientes clínicos. Entretanto, é patente a escassez de recomendações específicas voltadas para um grupo com risco particularmente elevado: o paciente crítico.

- Comprometer a sensibilizar os profissionais com as mudanças organizacionais: uma das capacitações propostas pelo projeto aplicado é a capacitação de cuidador de pacientes de trauma em alta hospitalar, ressaltando que o Hospital do Trabalhador é um hospital referência em trauma.

As características desta capacitação deverão ser referentes a ações educativas para os cuidados possíveis de serem realizados por leigos em domicílio e ministradas por equipes multidisciplinares como: enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas.

O projeto com essas características é relevante e requer preparo profissional para agir em conjunto com a família e/ou cuidador, indo além de seus conhecimentos técnicos para compreender a relação paciente-família, sempre levando em consideração as várias e complexas alterações que o paciente possa apresentar (FARO, 2001).

O preparo de cuidadores exige a definição de uma base conceitual norteadora dos valores e princípios filosóficos, que podem ser reconhecidos pelos seguintes pressupostos: 1. O cuidado humano ou o “auto cuidado” representa a essência da

condição humana. O “cuidar do outro” sempre representa condição temporária e circunstancial, à medida que o “outro” está impossibilitado de se cuidar. 2. O “cuidador” é uma pessoa envolvida no processo de “cuidar do outro”. É nessa relação íntima e humana que se revelam potenciais, muitas vezes encobertos, do cuidado e do cuidador (CONCEIÇÃO, 2010).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o stress que vive o sistema de saúde é fácil entender porque um pronto socorro com a chamada “porta aberta” pode incorrer em graves situações como a superlotação, concorrência pelo atendimento entre pacientes “leves” e “graves”, stress das equipes de plantão, etc.

Para evitar situações, é importante que se trace metas de fluxo de atendimento que sejam pautadas na factibilidade e razoabilidade dentro do sistema de saúde local.

A proposta do NIR é indicar ferramentas, fluxos e protocolos para o Hospital, visto que todos os pacientes internados passam por essas unidades (Pronto Socorro, Centro Cirúrgico, enfermaria) interferindo nos indicadores de rotatividade de paciente, número de atendimentos, capacidade instalada, etc.

Dentro do exposto consideramos que a reorganização dos fluxos internos será importante na maior disponibilidade de leitos na enfermaria, mas também não se pode deixar de apontar a necessidade de redimensionar e aumentar o espaço físico, com maior número de leitos para o atendimento adequado destes pacientes.

Deve-se ressaltar a necessidade de integração do hospital com a rede pré-hospitalar (Siate e Samu); as vagas de retaguarda, serviços de reabilitação e unidades de saúde básica.

REFERÊNCIAS

ADAIR, C.; MURRAY, B. **Revolução total dos Processos**. São Paulo: Nobel, 1996.

REGULAMENTO TÉCNICO PARA FUNCIONAMENTO DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA – AMIB São Paulo, 24 de abril de 2009. Comissão de Defesa do Exercício Profissional – Ministério da Saúde. Portaria nº 1101/GM em 12 de junho de 2002.

ARAUJO, F.S.R. **O planejamento da alta hospitalar pelo enfermeiro aos clientes das unidades clínicas e cirúrgicas: perspectiva da complexidade em saúde numa atitude transdisciplinar**. Coordenação do Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde. Universidade Federal Fluminense: Niterói, 2012.

AZEVEDO, A. L. C. S.; PEREIRA, A. P.; LEMOS, C.; COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Ver. Eletr. Enf.** {Internet}. V. 12, n. 4, p. 736-745, 2010. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6585>.

BARRETO, I. S.; MEDEIROS, M.; SILVA, O. V. Tendências da política de saúde no Brasil e os desafios para a solidificação do Sistema Único de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v. 1, out-dez. 1999. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/index>.

Bergmann JF, Neuhart E. **A multicenter randomized Double-blind study of enoxaparin compared with unfractionated heparin in the prevention of neous thromboembolic disease in elderly in-patients bedridden for an acute medical illness**. *Thromb Haemost*, 1996; 76:526-534.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. **Ações para a Segurança do Paciente**. RDC nº 36 de 25 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de Humanização (PNH):** Humaniza SUS – documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH):** Humaniza SUS – Caderno de textos: cartilhas de políticas de humanização. 2. Ed.5. reimp., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional da Assistência Hospitalar.** 2001.

CARBONIERI, F. **Como deveria ser um pronto socorro ideal**, 2013. Em: <http://academiamedica.com.br/como-deveria-ser-um-pronto-socorro-ideal/>.

CONCEIÇÃO, LFS. **Do cuidado ao cuidador.** REV.MED. Minas Gerais, 2010.

FARO, ACM. **Atividades realizadas no domicílio pelo cuidador familiar da pessoa com lesão medular.** Ver. Paulista de Enfermagem, 2001; 20(2); 33-43.

FELDMAN, LB. **Como alcançar a qualidade nas Instituições de Saúde: critérios de avaliações, Procedimentos de controle, Gerenciamento de Riscos Hospitalares até a certificação.** São Paulo: Martinari; 2004.

FELDMAN, LB. **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar: Prevenção de danos ao paciente, Notificação, Auditoria de risco, Aplicabilidade de ferramentas, Monitoramento.** São Paulo: Martinari; 2008.

FERRO, M. **Sistema Lean na reorganização de Pronto Socorro Hospitalar**, 2009. Em: http://www.lean.org.br/comunidade/artigos/pdf/artigo_119.pdf.

GANDHI, TR; KAUSHAL, R.; BATES, DW. **Introdução a Segurança do Paciente.** São Paulo: Artes Médicas; 2004.

GOLDHABER, SZ; DUNN, K; MACDOUGALL, RC. **New onset of venous thromboembolism among hospitalized patients at Brigham and Women's Hospital is caused more often by prophylaxis failure by withholding treatment**, Chest, 2000; 118:1680-1684.

HEISLER, P. A. **Aplicação da metodologia Kanban como ferramenta adaptada para gestão de “leitos” na emergência.** Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Porto Alegre, 2012.

HUERTAS, C. **Entrevista com Carlos Matus.** O método PES. São Paulo: Edições Fundap, 19.

J. LABARERE, J, ET al. **Validation of a clinical guideline on prevention of venous thromboembolism in medical inpatients: a before-an-after study with systematic ultrasound examination.** Journal of Internal Medicine 2004; 256: 338-34895.

K, ALVARO et al. **Estimativa do impacto econômico da implementação de um protocolo hospitalar para detecção e tratamento precoce da sepse grave em hospitais públicos e privados do sul do Brasil.** Ver. Bras. Terap. Intensiva 2010;22(3):213-219.

LEIZOROVICZ, A, COHEN, AT, TURPIE, AG, ET al. **Randomized, placebo-controlled Trial of dalteparin for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients.** Circulation, 2004; 110:874-879.

LIMA, F. X. C.; BELDERRAIN, M. C. N. P. **Propostas de melhorias de atendimento num Pronto Socorro utilizando Teoria de Fila e a Teoria de Restrições.** Anais do 13º Encontro de Iniciação Científica e Pós-Graduação do ITA – XIII ENCITA / 2007. Instituto Tecnológico de Aeronáutica, São José dos Campos, SP, Brasil, Outubro, 01 a 04, 2007. Em: <http://WWW.bibl.ita.br/xiiiencita/MEC15.pdf>.

MARQUES, G. Q. **Demandas do pronto atendimento e os processos de trabalho em serviços de porta aberta.** 2004.131 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo.** Brasília: IPEA. 1993.

MENDES, A. C. G., ET al. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 9, n. 2, p. 157-165, abr. / jun., 2009.

MIRSHAWKA, V. **Hospital fui bem atendido: a hora e a vez do Brasil**. São Paulo: Makrai Books, 1994.

PEDREIRA, LCM. **Errar é Humano: estratégias para a busca da segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu: 2006.

PORTARIA Nº 880 DE 26 DE MAIO DE 2013. **Define a estratégia de aumento de acesso aos procedimentos traumatológico-ortopédicos de média complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde.

Em:

http://bvsms.saude.gov.br/saudelegis/gm/2013/prt0880_16_05_2013.html.

RICCI, N. A., ET al. O hospital escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16 (Supl. 1), p. 1125-1134, 2011.

RIBEIRO, MA; NETTO, PG; LAGE, SG. **Desafios na profilaxia do Tromboembolismo Venoso: Abordagem do Paciente Crítico**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva 2006; 18(3): 316-19.

R. PHILLIP Dellinger et al. **Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012 Critical Care Medicine** 2013; 41(2):580-637.

SAMAMA, MM; COHEN, AT; DARMON, JY et al. **A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. Prophylaxis in medical patients with Enoxaparin Study Group**. N Engl J Med 1999; 341: 793-800.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 9ª Ed., v. 1, 2008.

TEIXEIRA, J. M. C.; REZENDE, W. W.; AWADA, S. B. **Organização do fluxo de atendimento em um serviço de emergência.** Em: [HTTP://www.premiomariocovas.sp.gov.br/2008/2005/Eficiencia e Desburocrizacao/ED_500.DOC](http://www.premiomariocovas.sp.gov.br/2008/2005/Eficiencia_e_Desburocrizacao/ED_500.DOC).

WATCHER, RM. **Compreendendo a Segurança do Paciente.** Porto Alegre: Art Méd; 2010.

BITTENCOURT, R. J. ET al. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p. 1439-1454, jul, 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012**, dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Brasília: MS, 2012.

JOINT COMISSION RESOURCES. **Gerenciando o fluxo de pacientes: estratégias e soluções para lidar com a superlotação hospitalar-Revisão: estratégias para gerenciar o fluxo de pacientes e prevenir a superlotação.** Porto Alegre: Artmed, revisão 2013.