



Macro e Micro Regulação do Sistema de Emergências

Prof. Dr. Antonio Pazin Filho

Divisão de Emergências Clínicas

Departamento de Clínica Médica

CASO 1



- Início das atividades como docente
- Primeira semana – Enfermeira com tuberculose

2003

2004

2005

2006

2007

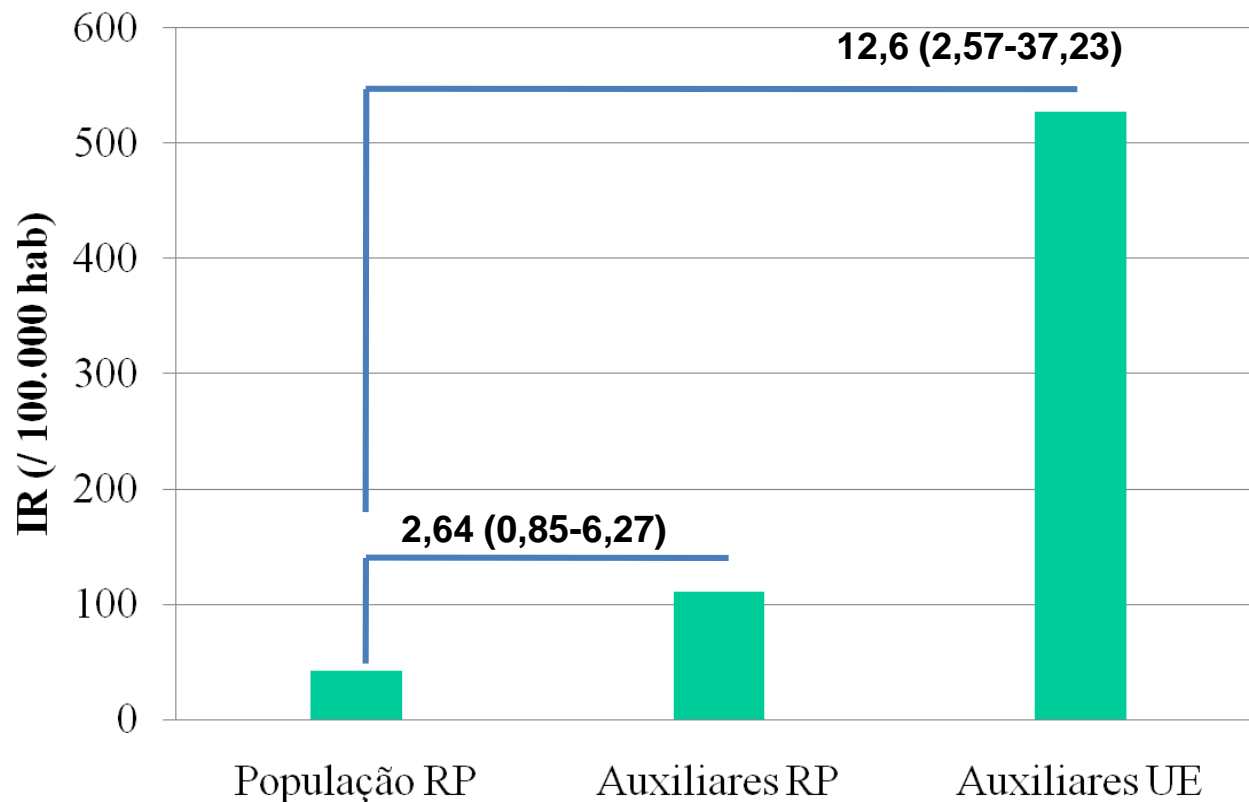
2008

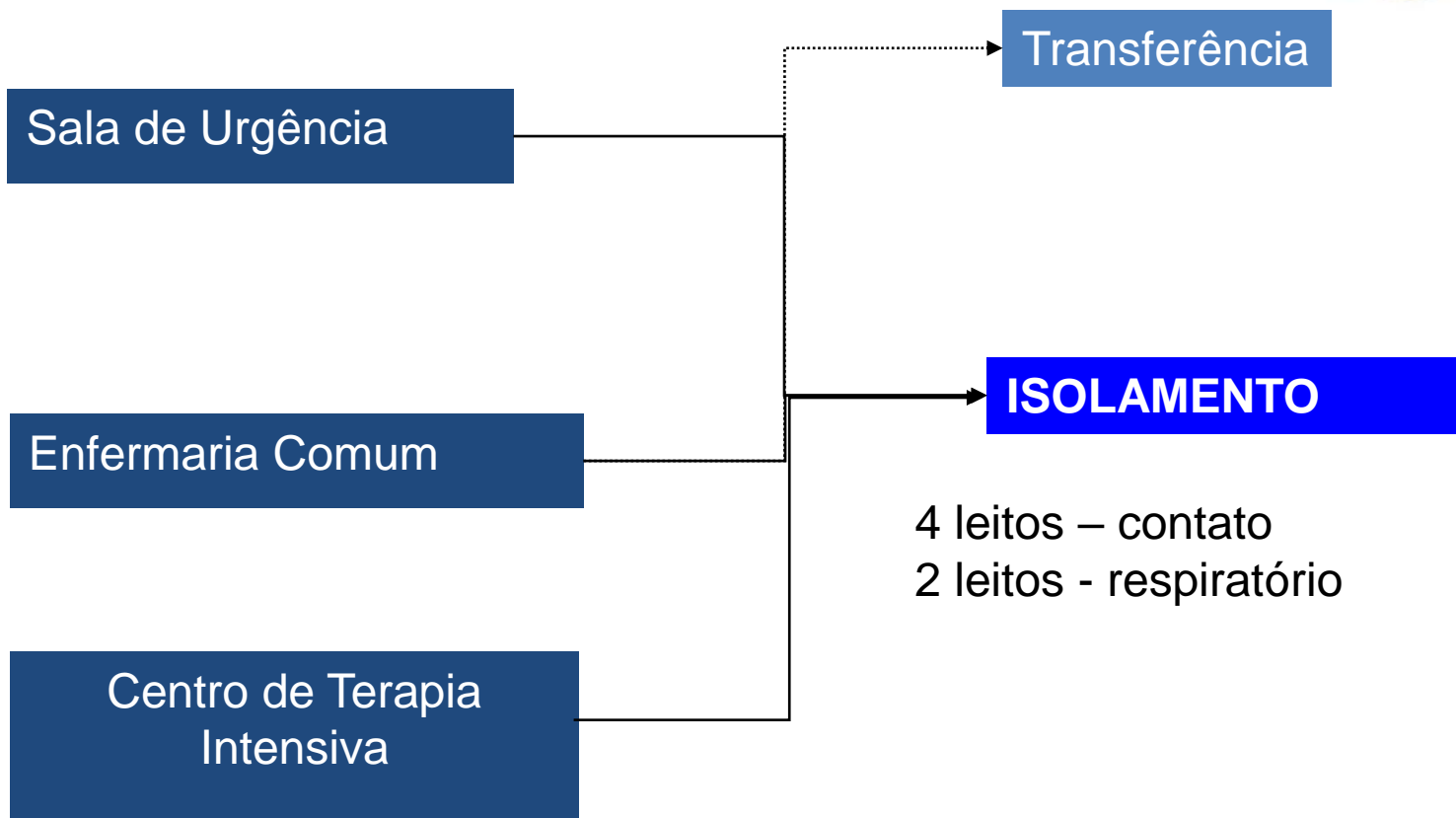
2009

2010

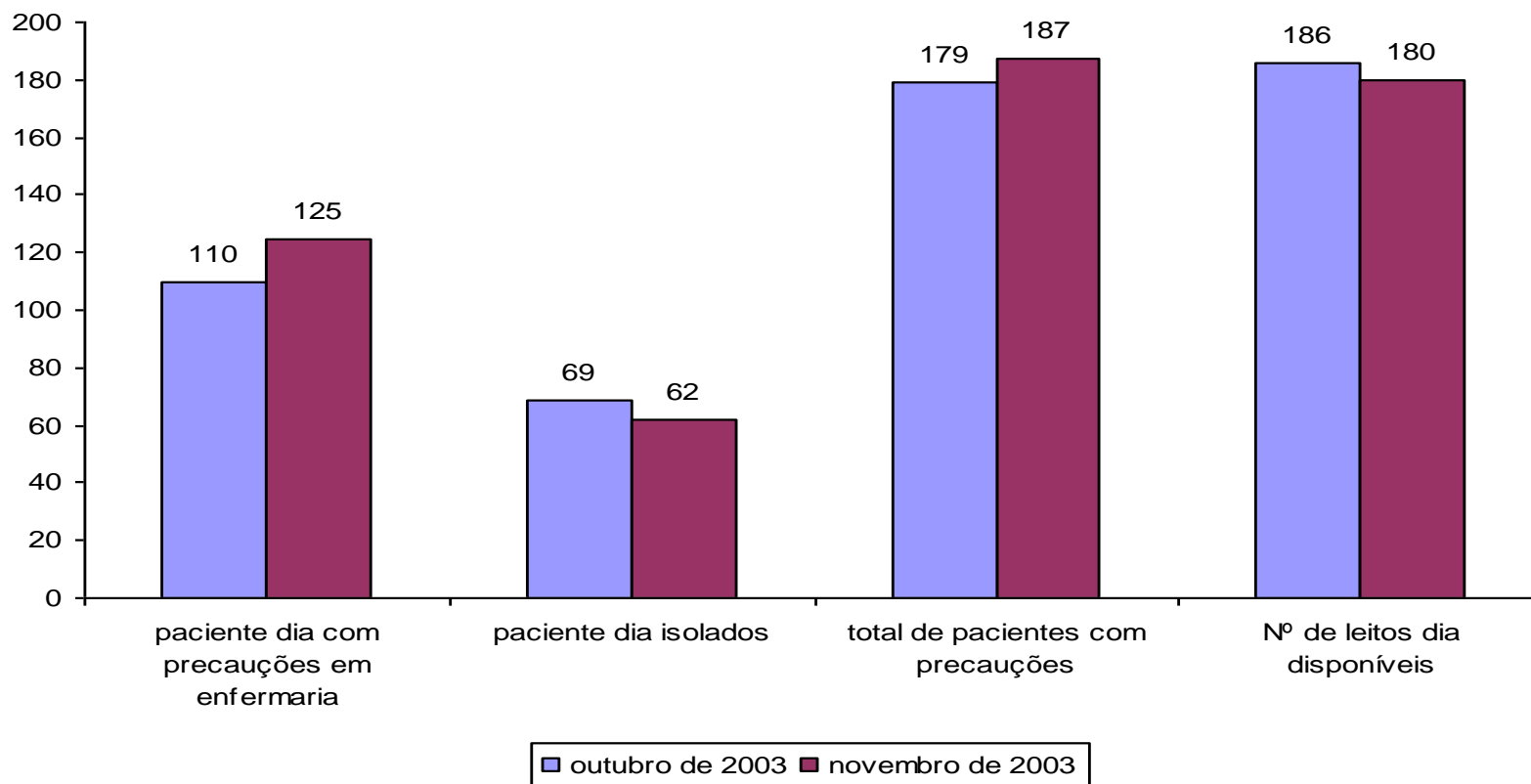
2011

Taxa de Incidência de Tuberculose em Trabalhadores de Saúde de Ribeirão Preto

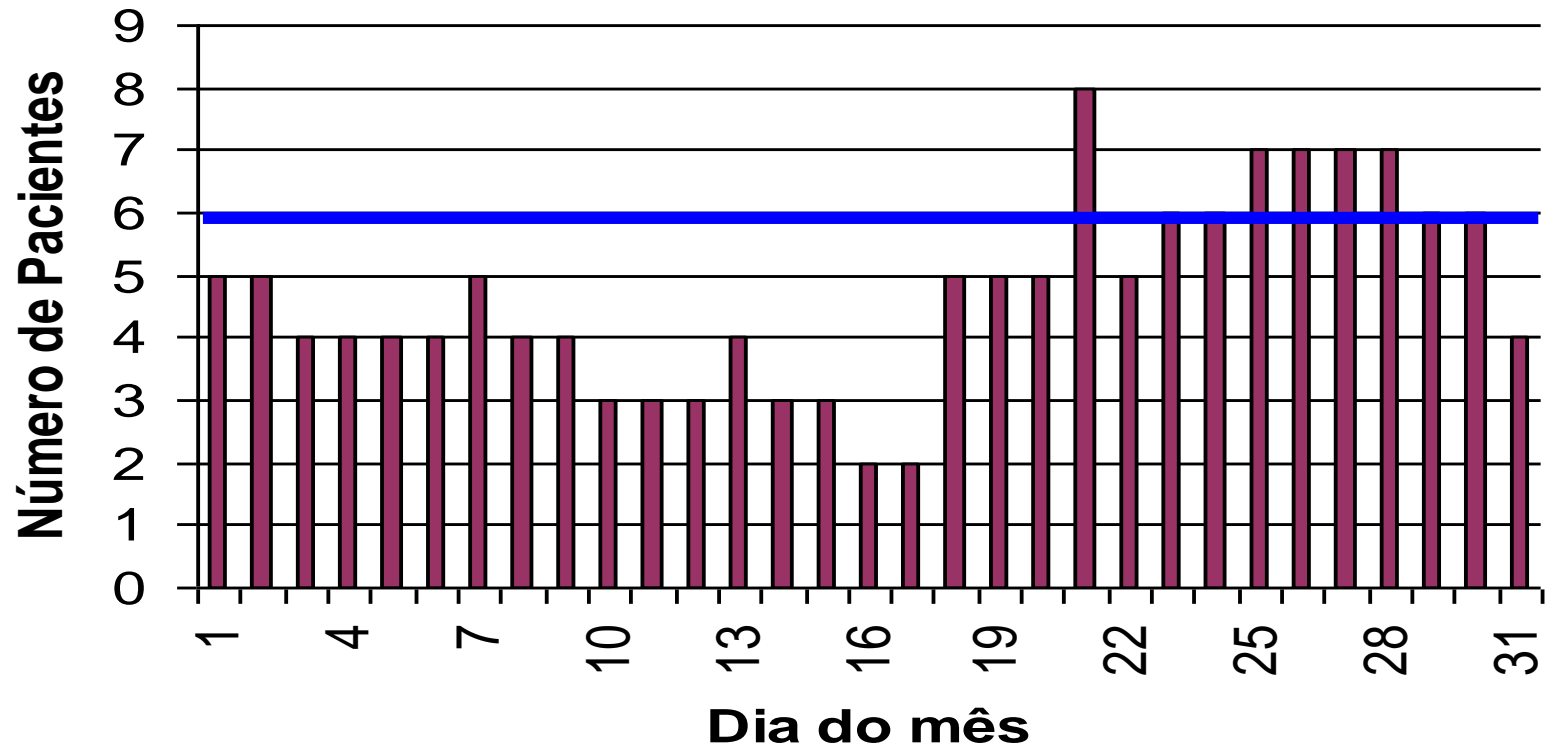




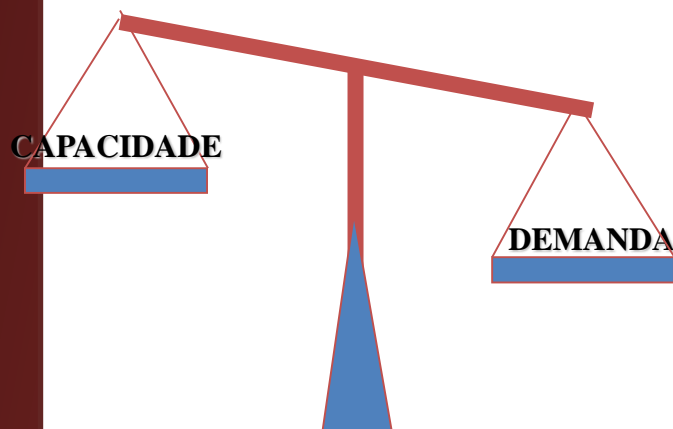
Número de pacientes dia com indicação de precauções de contato e respiratória na UE em outubro e novembro de 2003



Medicina de Confinamento



Planejamento e controle de capacidade



- é a tarefa de determinar a capacidade efetiva da operação produtiva, e forma que ela possa responder à demanda.
- decidir como reagir a flutuações de demanda.
- envolve ações para o curto, o médio e o longo prazo.

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

2011



Planejamento e controle de capacidade

O planejamento e controle de capacidade envolve três etapas:

- medir a demanda e a capacidade agregadas;
- identificar as políticas alternativas de capacidade;
- escolher as políticas de capacidade mais adequadas.





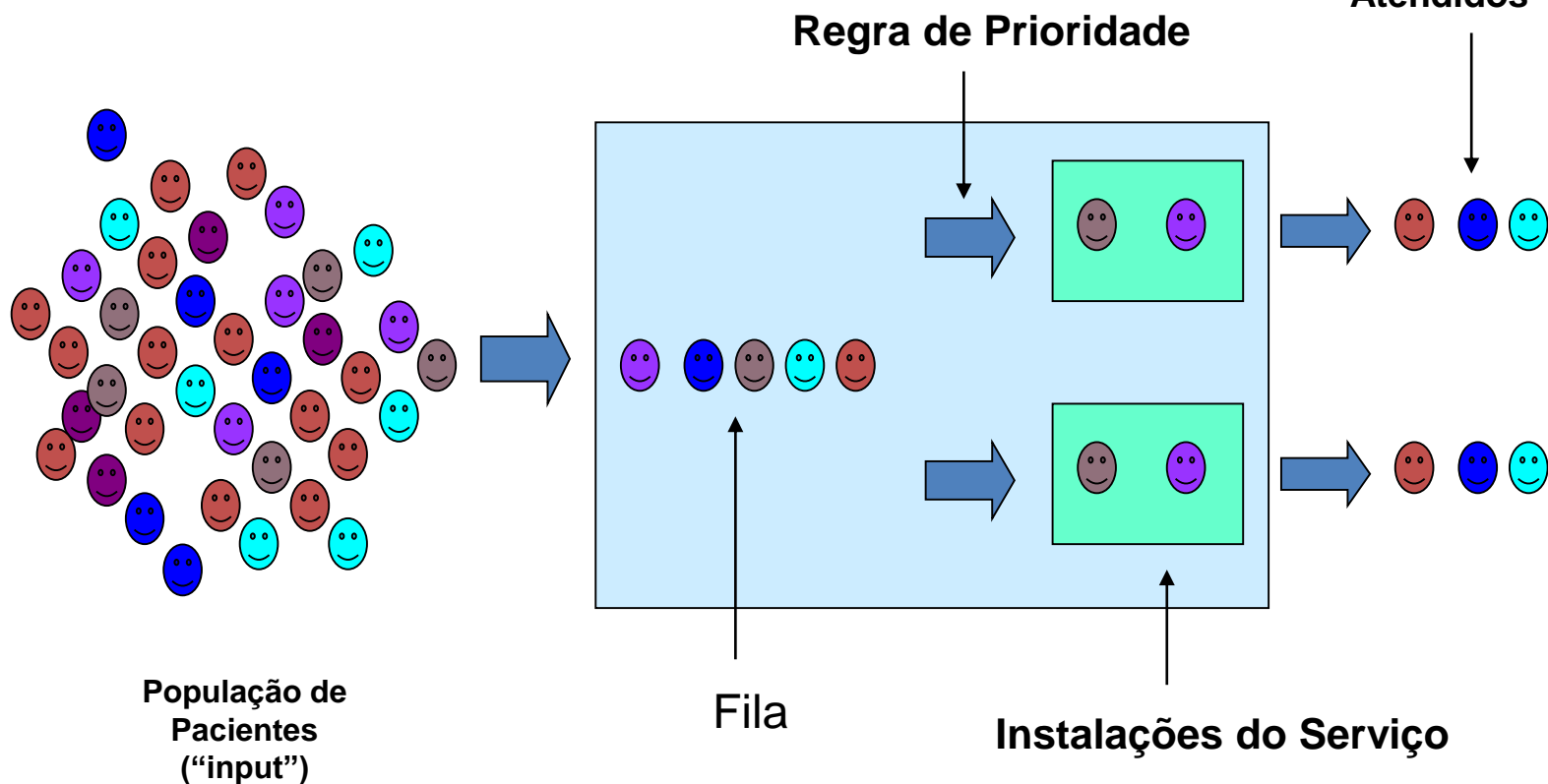
Planejamento e controle de capacidade

- Métodos úteis para avaliar conseqüências da adaptação de políticas específicas de capacidade:
 - ✓ representações acumuladas - possibilidade de estocar seus produtos acabados
 - ✓ teoria das filas - operações de serviços
- Operações de serviço
 - ✓ não conseguem prever a demanda de forma precisa
 - ✓ estão sujeitas a variações
 - ✓ a necessidade de cada cliente é variável.





Elementos Básicos dos Modelos de Fila de Espera



2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

2011



Políticas de Capacidade

a) Política de Capacidade Constante –

- ignora as flutuações
- mantém os níveis das atividades constantes
- criam estoques consideráveis

b) Política de Acompanhamento de Demanda

- ajusta a capacidade para refletir as flutuações da demanda
- difícil de ser implementada
- utilizada por operações que não podem estocar sua produção
- métodos para ajustar a capacidade - horas extras, variação da força de trabalho, pessoal em tempo parcial e subcontratação.

c) Gestão de Demanda –

- tenta ajustar a demanda à disponibilidade da capacidade
- transfere a demanda dos períodos de pico para períodos tranquilos
- técnicas de alteração de demanda (ajuste de preço de serviços, reduzidos em períodos fora do pico de demanda) e oferecimento de produtos e serviços alternativos.

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

2011



**FICHA DE COLETA DE DADOS
PACIENTES COM NECESSIDADE DE ISOLAMENTO**

NOME: _____

REGISTRO: _____

IDADE: _____ anos

SEXO M F

INTERNAÇÃO: ___/___/___
___:___

HORA:

INDICAÇÃO DO ISOLAMENTO: ___/___/___

HORA: __:___

EFETIVAMENTE ISOLADO: ___/___/___

HORA: __:___

SUSPENSÃO DO ISOLAMENTO: ___/___/___

HORA: __:___

TIPO DE ISOLAMENTO NECESSÁRIO

CONTATO

RESPIRATÓRIO

DIAGNÓSTICO

Tuberculose

Meningite

Outro _____

Infecção Germe MDR

SARS

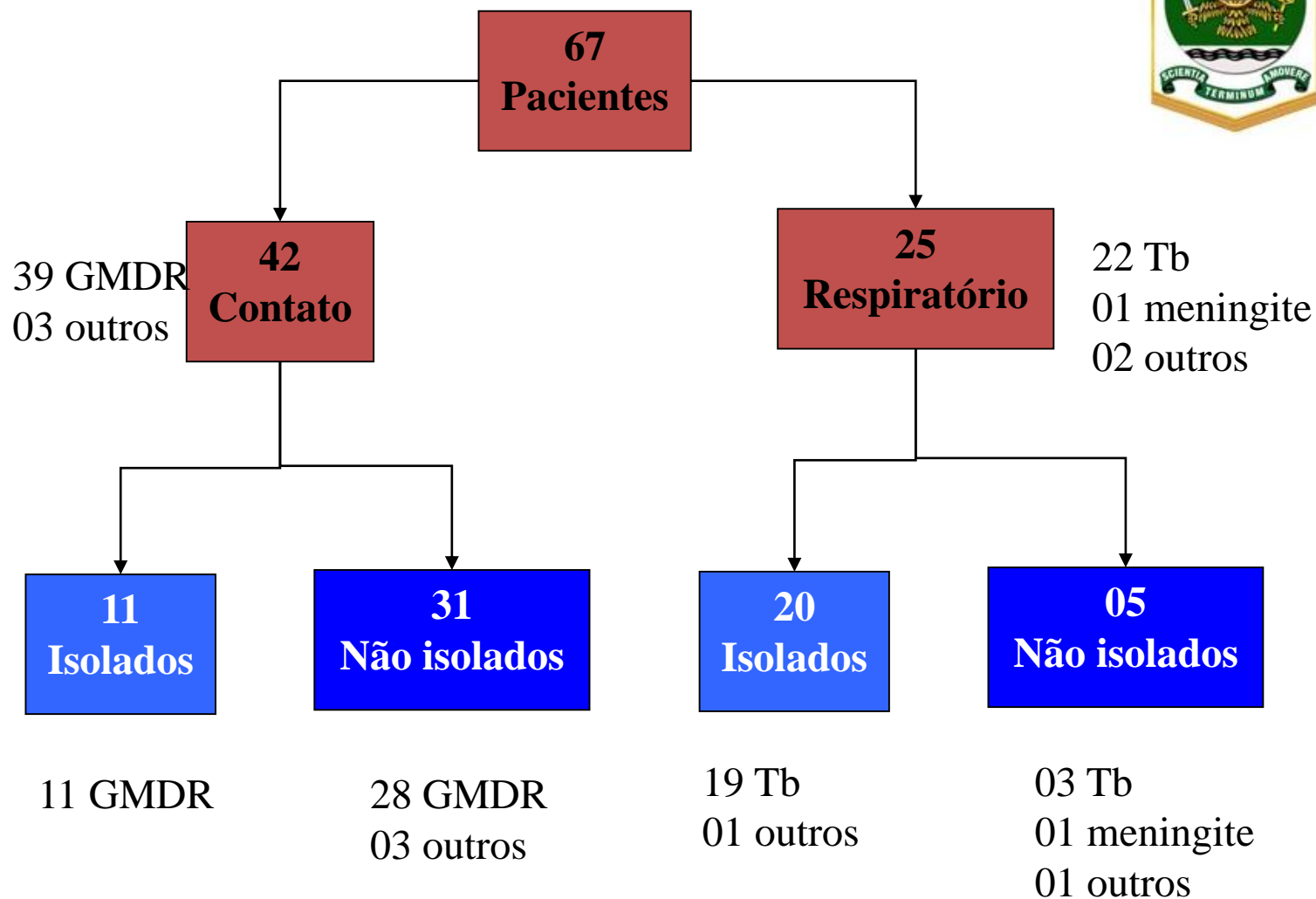
FONTE

INTERNA

EXTERNA

PR **2003** >> 2004 >> 2005 >> 2006 >> 2007 >> 2008 >> 2009 >> 2010 >> 2011

OBS:





Isolamento Respiratório

Nº leitos	Taxa atendimento (média)	Taxa atendimento (DP)	Utilização	Nº fila	Nº sistema	no Tempo na fila	Tempo no sistema
2	0,408163	0,651466	0,6882	0,8132	1,5014	2,895	5,345
3	0,612245	0,977199	0,4588	0,2641	0,7229	0,9401	2,5735
4	0,816327	1,302932	0,3441	0,1924	0,5365	0,6849	1,9099
5	1,020408	1,628664	0,2753	0,1967	0,472	0,7002	1,6802

2003

2004

2005

2006

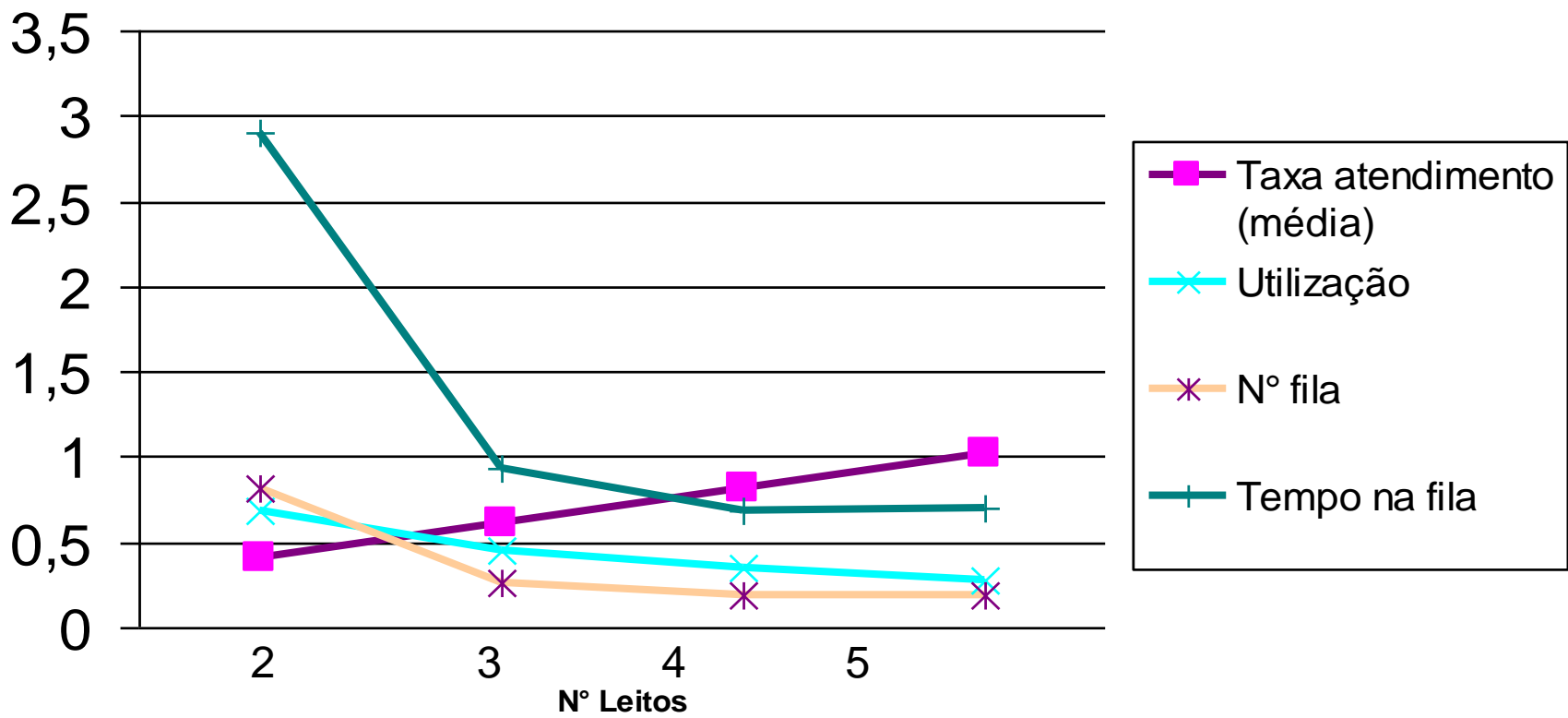
2007

2008

2009

2010

2011





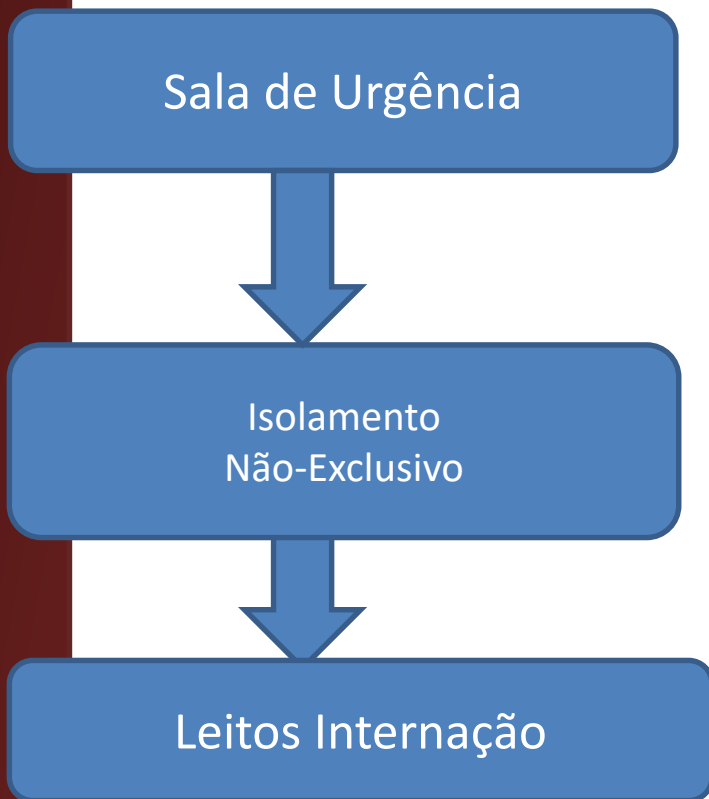


Isolamento Respiratório – Sala de Urgência

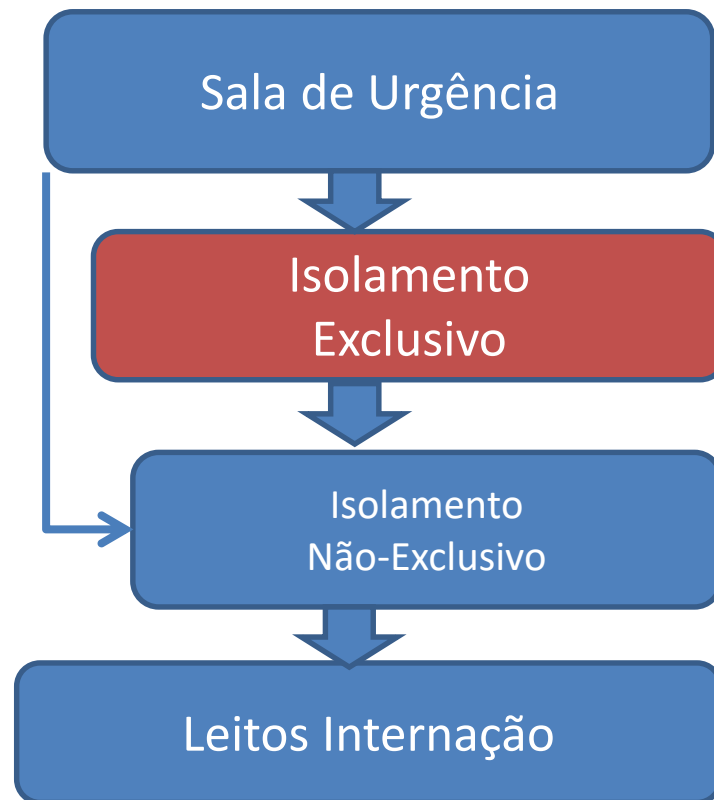


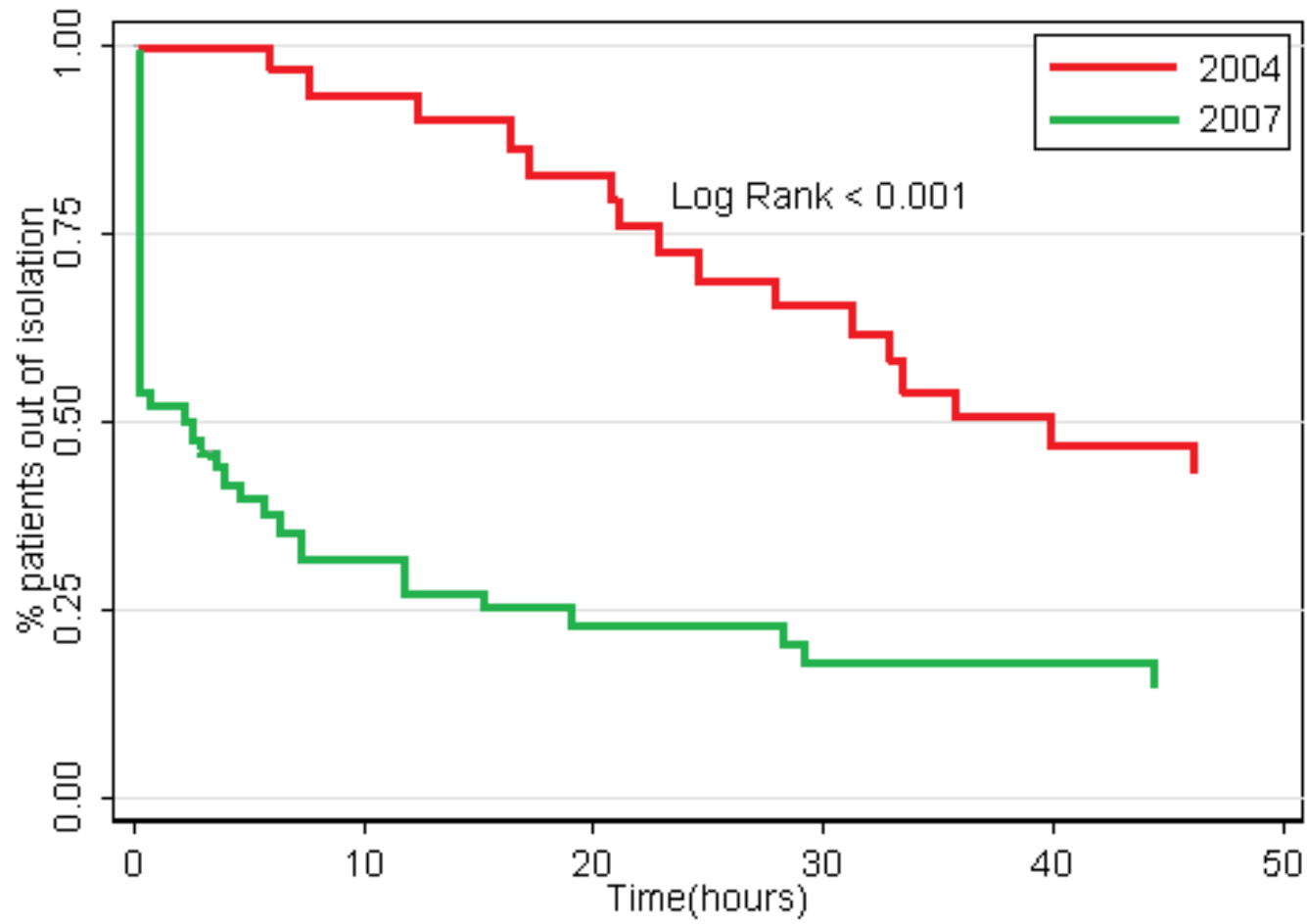


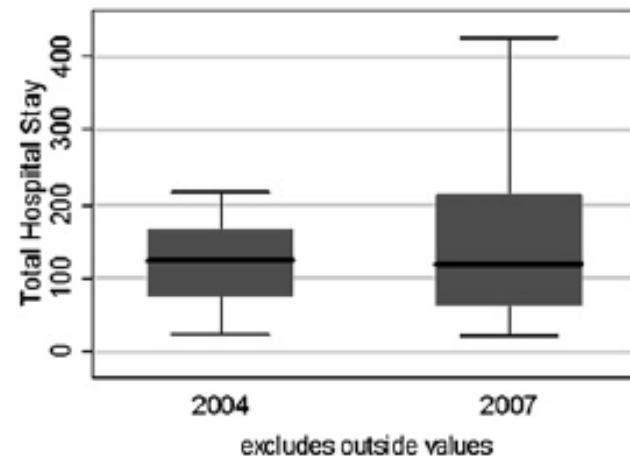
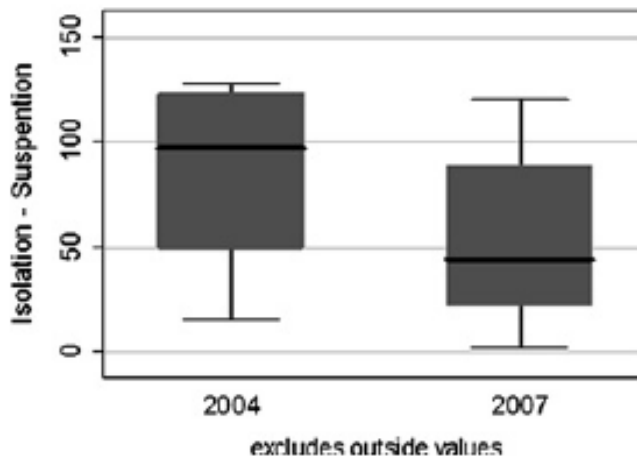
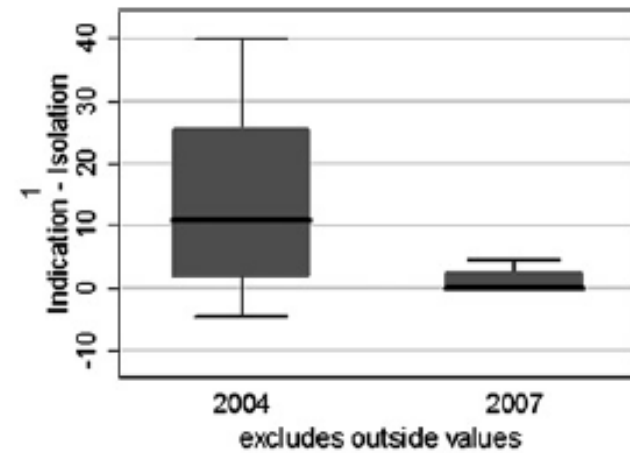
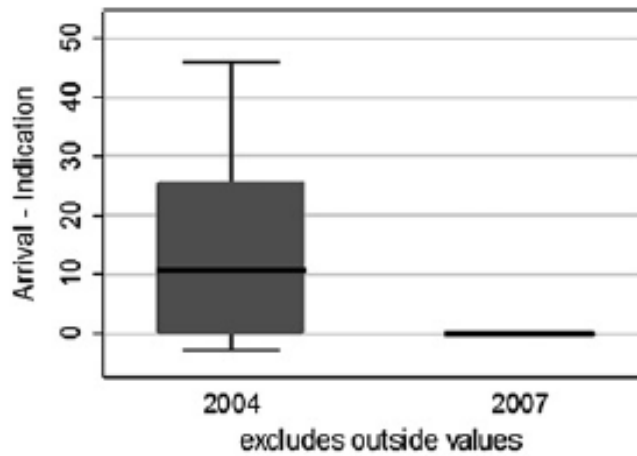
2004



2007









Adequações: 4 quartos no 3º andar;
2 quartos no 2º andar,
1 quarto na Pediatria e no CTI-4º

PERGUNTA



- Quais pontos ainda deveriam ser abordados?
- Quais as consequências internas e externas desse novo arranjo?

CASO 1



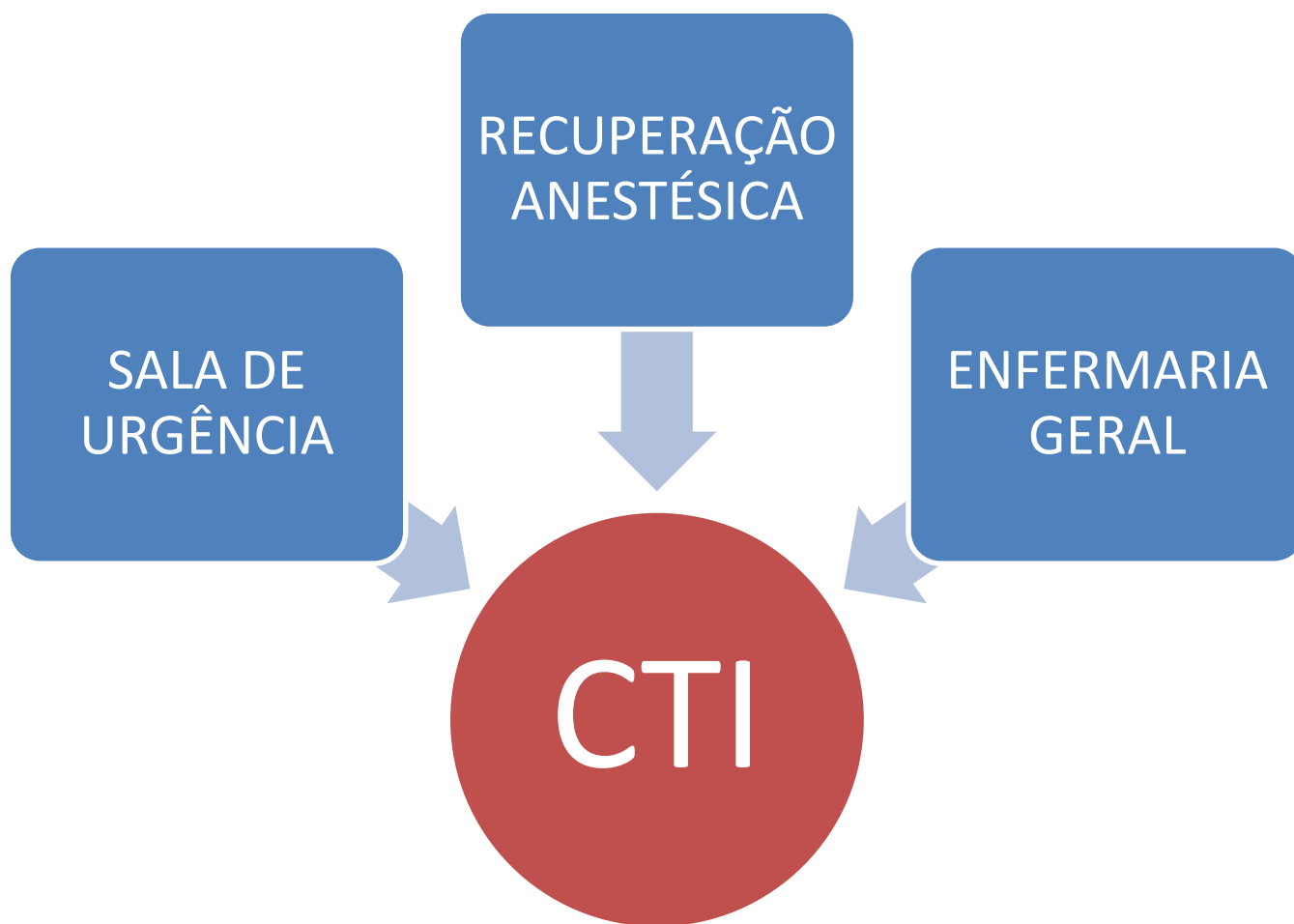
- Efeito Roemer – demanda reprimida
- Rede de assistência não se prepara para atender isolamento respiratório
- Ampliação da estrutura motivada por outras demandas (epidemias)
- Desenvolvimento de políticas institucionais – Regimento para ocupação de leitos
- Enfrentamento com a Rede



CASO 2

- O Centro de Terapia Intensiva do seu hospital tem um leito disponível de um paciente que acabou de receber alta para leito de internação comum.
- O intensivista recebeu solicitação de internação para:
 1. Paciente em choque séptico de 23 anos (foco urinário) que está na sala de urgência;
 2. Paciente politraumatizado de 20 anos que foi operado há 2 horas e encontra-se na recuperação anestésica
 3. Paciente de 55 anos com angina instável que está internado em leito não-monitorizado e que evolui para infarto agudo do miocárdio que foi trombolizado há 30 minutos.
- O intensivista vem procurar ajuda para priorizar quem deve receber o leito. Quais seriam os critérios a serem considerados para auxiliar nessa decisão?

Equacionando o problema

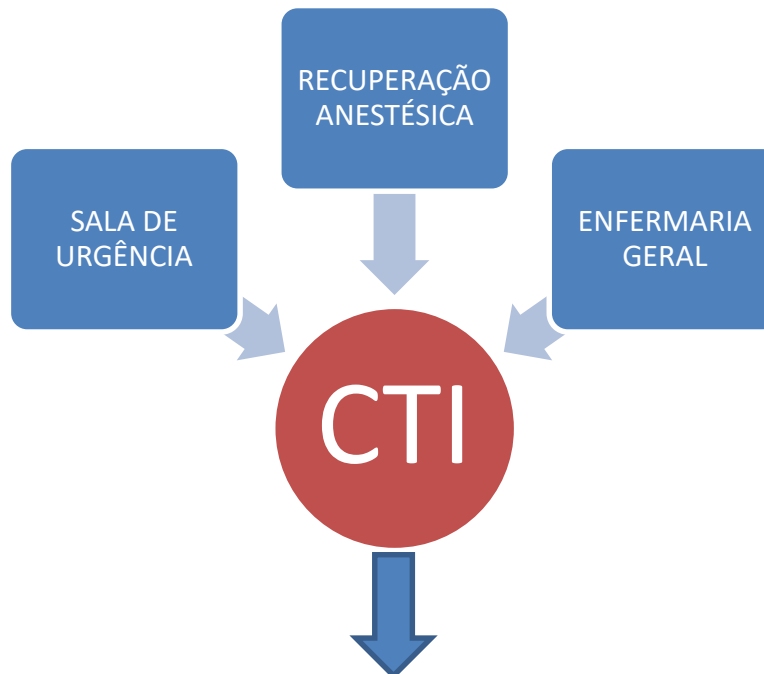


PERGUNTA



- Como você iria auxiliar o intensivista a resolver esse problema?

Equacionando o problema



Priorização

- Intensivista avalia o paciente e o classifica através de sistema informatizado
- A ordem é determinada por benefício para o paciente, por condições de trabalho nos diversos solicitantes e por ordem cronológica de solicitação.

Sistema de Priorização



Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Início

SOLICITAÇÕES DE VAGA EM CTI

- MÉDICO**
 - Nova Solicitação
 - Renovar Lista de Solicitações
 - Priorizar Lista de Solicitações do Intensivista
 - Lista de Prioridade de Solicitantes
- ESTATÍSTICAS**
 - Estatísticas
 - Solicitações emitidas no período
- MANUTENÇÃO**
 - Cadastro de médico intensivista
 - Cadastro de responsável pela unidade

10.165.1.160 | VEGA | CAMPUS | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA FMRP USP |

08:09
07/04/2015

Sistema de Priorização



Browser: http://10.165.5.50/hc/SolicitacaoVagaCTI/cti.index. 10.165.5.50

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Início

Registro: Nome: Paciente com Registro

Idade: **Sexo:** Masculino **Leito:**

Data de Internação:

Especialidade:

Médico Solicitante: ANTONIO PAZIN FILHO **Ramal:** **BIP:**

▶ **I.I - Doenças Prévias (CID - 10):**

Pesquisar Diagnóstico:

▶ **II - Indicação**

Tipo Indicação: A - SISTEMA CARDIOVASCULAR

Taskbar: 08:11 07/04/2015

Neves FF; Pazin-Filho A. Rev. Gest.Saúde(Brasília) Vol.07, N°. 02, Ano 2016.p 730-41

Sistema de Priorização



Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Início

Tipo Indicação:
A - SISTEMA CARDIOVASCULAR

- ANGINA INSTÁVEL DE ALTO RISCO
- ARRITIMIAS GRAVES
- CHOQUE CARDIOGÊNICO
- DISSECÇÃO AGUDA DE AORTA
- EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA
- INFARTO DO MIOCÁRDIO
- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA PERFIL HEMODINÂMICO C
- PÓS PARADA CARDÍACA
- TAMPONAMENTO CARDÍACO

INCLUIR

► III - Parâmetros Objetivos

08:12
07/04/2015

Sistema de Priorização



Browser address bar: <http://10.165.5.50/hc/SolicitacaoVagaCTI/cti.index>

Menu: Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Logo: **HC**
USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Início

INCLUIR

▶ **III - Parâmetros Objetivos**

▶ **A - Ventilação Mecânica**
 Sim Não

▶ **B - Aminas Vasoativas**
 Sim Não

▶ **C - Alteração da Consciência**

Sim Não

▶ **IV - Observações**
Observações:

▶ **V - Unidade Atendente**

Taskbar: 08:12 07/04/2015

Sistema de Priorização



V - Unidade Atendente

Instituto: CAMPUS Tipo de Unidade: UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Unidade	Prioridade	Obs Prioridade
<input type="checkbox"/> CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA - CAMPUS		

VI - Priorização do Intensivista

Prioridade 1 Prioridade 2 Prioridade 3 Prioridade 4

CRM Profissional: Data:

Prioridade 1

Prioridade 1: Pacientes gravemente doentes, que necessitam de tratamento que não pode ser oferecido fora do CTI, como ventilação mecânica ou monitorização hemodinâmica invasiva. São pacientes cujo investimento é ilimitado, visto que não apresentam morbidades prévias e a doença atual tem bom prognóstico.

Sistema de Priorização



Browser: http://10.165.5.50/hc/SolicitacaoVagaCTI/cti.index

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Início

IV - Observações

Observações:

V - Unidade Atendente

Instituto: CAMPUS Tipo de Unidade: UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Unidade	Prioridade	Obs Prioridade
<input type="checkbox"/> CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA - CAMPUS		

VI - Priorização do Intensivista

Prioridade 1 Prioridade 2 Prioridade 3 Prioridade 4

Observação da Priorização: Nome Profissional: Data:

Prioridade 2

Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização contínua e possível intervenção imediata. Apesar de poderem apresentar morbididades prévias, não há limitação de investimento, visto que a intercorrência aguda tem bom prognóstico.

CANCELAR GRAVAR

Sistema de Priorização



Browser address bar: <http://10.165.5.50/hc/SolicitacaoVagaCTI/cti.index>

Menu: Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Início

IV - Observações

Observações:

V - Unidade Atendente

Instituto: CAMPUS Tipo de Unidade: UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Unidade	Prioridade	Obs Prioridade
<input type="checkbox"/> CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA - CAMPUS		

VI - Priorização do Intensivista

Prioridade 1 Prioridade 2 Prioridade 3 Prioridade 4

Observação da Priorização:

Nome Profissional: CRM Profissional

CANCELAR GRAVAR

Prioridade 3
Prioridade 3: São pacientes gravemente enfermos, mas com reduzida possibilidade de recuperação, devido à doença de base ou característica do evento agudo. Normalmente são estabelecidos limites aos esforços terapêuticos.

Taskbar: 08:14 07/04/2015

Sistema de Priorização



IV - Observações

Observações:

V - Unidade Atendente

Instituto: CAMPUS Tipo de Unidade: UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Unidade	Prioridade	Obs Prioridade
<input type="checkbox"/> CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA - CAMPUS		

VI - Priorização do Intensivista

Prioridade 1 Prioridade 2 Prioridade 3 Prioridade 4

Observação da Priorização:

Nome Profissional: CRM Profissional:

CANCELAR **GRAVAR**

Prioridade 4
Prioridade 4: Pacientes candidatos a cuidados paliativos.



1. Paciente em choque séptico de 23 anos (foco urinário) que está na sala de urgência;
2. Paciente politraumatizado de 20 anos que foi operado há 2 horas e encontra-se na recuperação anestésica
3. Paciente de 55 anos com angina instável que está internado em leito não-monitorizado e que evolui para infarto agudo do miocárdio que foi trombolizado há 30 minutos.

RECUPERAÇÃO TEM LEITOS VAGOS PARA AS CIRURGIAS PROGRAMADAS, MAS TERÁ DIFICULDADE SE SURTIR UMA ADICIONAL

NÃO HÁ MONITORES PARA AUXILIAR O TRATAMENTO DO PACIENTE NA ENFERMARIA

SALA DE ESTABILIZAÇÃO TEM CONDIÇÕES DE FORNECER CUIDADOS INICIAIS DE CTI

1. Paciente de 55 anos com angina instável que está internado em leito não-monitorizado e que evolui para infarto agudo do miocárdio que foi trombolizado há 30 minutos.
2. Paciente politraumatizado de 20 anos que foi operado há 2 horas e encontra-se na recuperação anestésica
3. Paciente em choque séptico de 23 anos (foco urinário) que está na sala de urgência;

Table1 – Comparison of parameters of interest between patients admitted to the ICU before (Group1) and after (Group2) the implementation of the prioritization system.



Parameter	Group 1 (Before) n=542	Group 2 (After) n=479	p value
age in years - mean (sd)	47.7 (21.6)	48.1 (20.2)	0.72
male gender (%)	349 (64.2)	314 (65.5)	0.65
Surgical (%)	271 (50.0)	233 (48.6)	0.66
Charlson score - mean (sd)	1.33 (1.79)	1.28 (1.82)	0.65
In-hospital death (%)	273 (50.3)	201 (42.0)	0.007
ICU Death (%)	248 (45.7)	196 (40.9)	0.120
In-hospital stay (days) - median (25th-75th)	17.0 (0.55;226.6)	14.8 (0.44-116.8)	0.26
ICU stay (days) - median (25th-75th)	7.7 (0.07;63.1)	7.0 (0.28;74.2)	0.10
In-hospital stay (days) prio to ICU admission - median (25th-75th)	0.83 (0;19.8)	1.04 (0;28.0)	0.21
Priority			
1		189 (64.7)	
2		92 (31.5)	
3		10 (3.4)	
4		1 (0.34)	



Table2- Comparação entre áreas clínicas e cirúrgicas.

	Área Cirúrgica	Área Clínica	TOTAL	Valor p
Número de Solicitações	133(40.8)	198(59.2)	331	
Idade em anos (média; dp)	49.7(19.6)	54.2(19.4)	52.2(19.6)	0.04
Gênero Masculino (%)	98 (73.7)	110 (55.5)	208(62.8)	0.001
Ventilação Mecânica (%)	98 (73.7)	154 (77.8)	252(76.1)	0.392
Aminas Vasoativas (%)	29 (21.8)	84 (42.4)	113 (34.1)	0.000
Alteração de Consciência (%)	90 (67.6)	129 (65.1)	219 (66.1)	0.635
Prioridade				0.000
1	80 (72.7)	68 (39.7)	148 (52.6)	
2	21 (19.1)	60 (35.1)	81 (28.8)	
3	3 (2.7)	29 (16.9)	32 (11.4)	
4	6 (5.4)	14 (8.2)	20 (7.1)	
Atendido (%)	73 (54.9)	74 (37.3)	147 (44.4)	0.002
Prioridade 1 entre atendidos	63 (86.3)	41 (55.4)	104 (70.7)	0.001
Atendidos com prioridade 1 entre os que tinham prioridade1	63 (78.3)	41 (60.2)	104 (70.2)	0.014



Table3- Multivariate analysis for the impact of the prioritization system adjusted for potential confounders.

	Odds Ratio (95%CI)		Beta-Coeff (95%CI) for in-hospital stay		Beta-Coeff (95%CI) for CCU stay (days)*	
	Outcome=in-hospital death	Outcome=ICU death	Outcome = in-hospital stay (days)	Outcome = log of in-hospital stay	Outcome = ICU stay (days)	Outcome = log of ICU stay
Model 1	0.71 (0.55;0.91)	0.82 (0.64;1.05)	-3.3 (-6.9;0.3)	-0.07 (-0.21;0.07)	-0.9 (-2.6;0.6)	-0.07 (-0.23;0.07)
Model2	0.67 (0.51;0.87)	0.79 (0.61;1.03)	-3.3 (-6.9;0.2)	-0.07 (-0.22;0.07)	-1.0 (-2.6;0.5)	-0.08 (-0.23;0.07)
Model3	0.67 (0.51;0.87)	0.79 (0.60;1.02)	-3.4 (-7.0;0.1)	-0.07 (-0.22;0.06)	-1.0 (-2.6;0.5)	-0.08 (-0.23;0.07)
Model4	0.67 (0.51;0.88)	0.79 (0.60;1.04)	-3.6 (-7.2;-0.1)	-0.09 (-0.23;0.05)	-1.0 (-2.6;0.6)	-0.08 (-0.23;0.07)
Model5			-4.2 (-7.8;-0.7)	-0.14 (-0.21;-0.006)	-0.9 (-2.5;0.6)	-0.09 (-0.25;0.05)

Model 1 - outcome + group (1=after)

Model 2 - Model 1 + age (years) + gender (1=male)

Model 3 - Model 2 + specialty (1=surgery)

Model 4 - Model 3 + duration of in-hospital stay prior to CCU admission (days) + Charlson score

Model 5 - Model 4 + in-hospital death (1=death)*

Pergunta



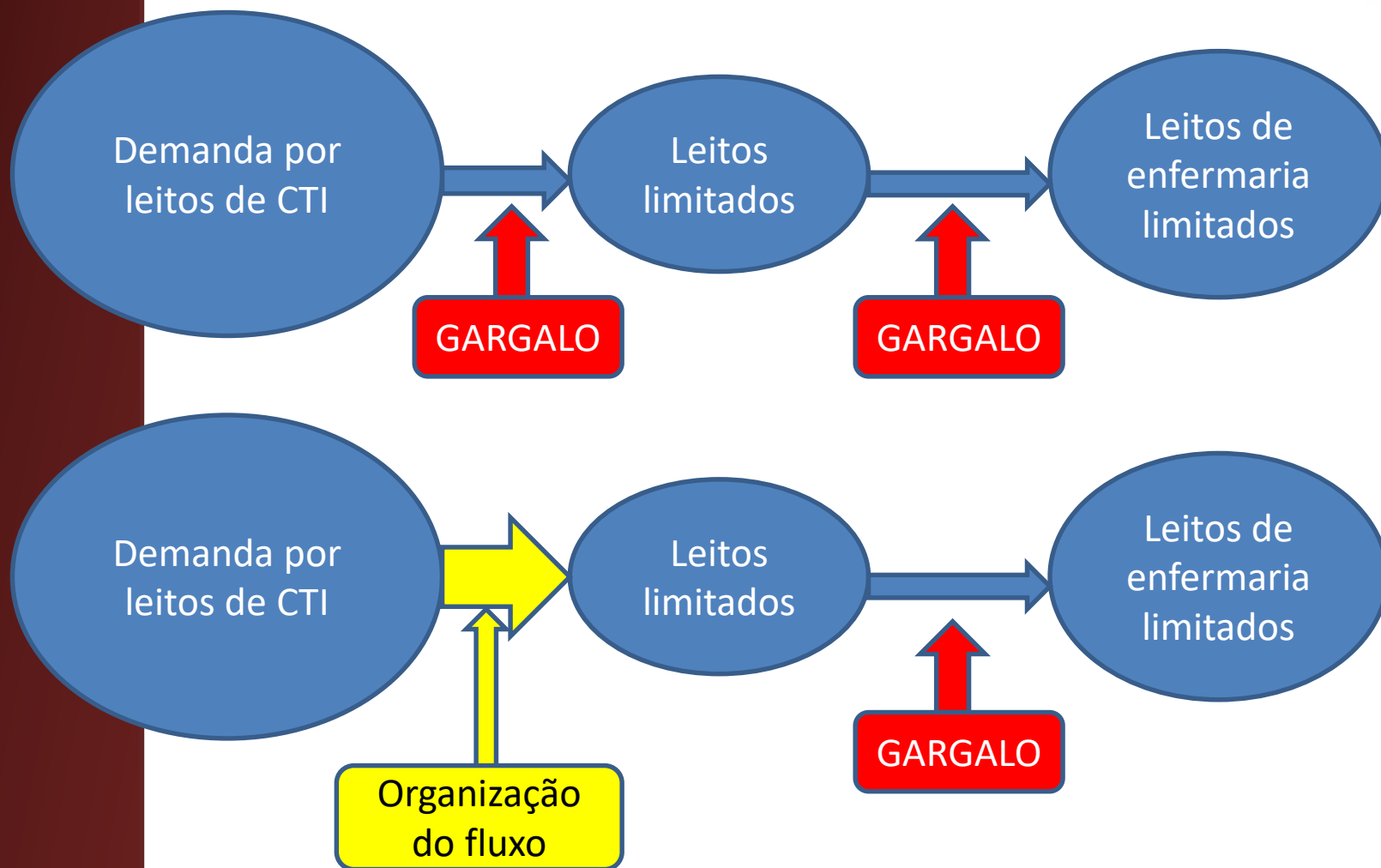
- Como você explicaria o resultado de que houve redução de mortalidade mas não da duração de estadia no CTI ou no Hospital?

CASO 2



- Benefícios – transparência do processo diminuiu atrito entre profissionais na disputa por leitos.
- Problemas – a gerência de entrada, mas não de saída ocasiona represamento de pacientes no CTI
- Necessidade de desenhar o processo como um todo

Gargalos Sequenciais



Complementação do Sistema



http://10.165.5.50/hc/SolicitacaoVagaCTI/cti.index

10.165.5.50

Arguivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Início

SOLICITAÇÃO DE VAGA EM CTI E ENFERMARIA

TIPOS DE SOLICITAÇÃO DE VAGA

- ↳ Solicitação de vaga em CTI
- ↳ Solicitação de vaga em ENFERMARIA

10.165.1.160 | VEGA | CAMPUS | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA FMRP USP |

08:08
07/04/2015

Sistema de Priorização



RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016

[\(Publicada no D.O.U. de 17 de novembro de 2016, Seção I, p. 138-139\)](#)

Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva.

Sistema de Priorização



Art. 6º A priorização de admissão na unidade de tratamento intensivo (UTI) deve respeitar os seguintes critérios:

§ 1º – Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 2º – Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 3º – Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.

§ 4º – Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.

§ 5º – Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016

[\(Publicada no D.O.U. de 17 de novembro de 2016, Seção I, p. 138-139\)](#)

Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva.

SUMÁRIO



CASO1

- Problema de Fluxo
- Problema de Estrutura (isolamento)
- Problema gera problema

CASO2

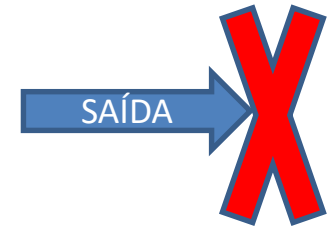
- Problema de Fluxo
- Problema de Estrutura (sistema)
- Problema gera problema

CASO 3

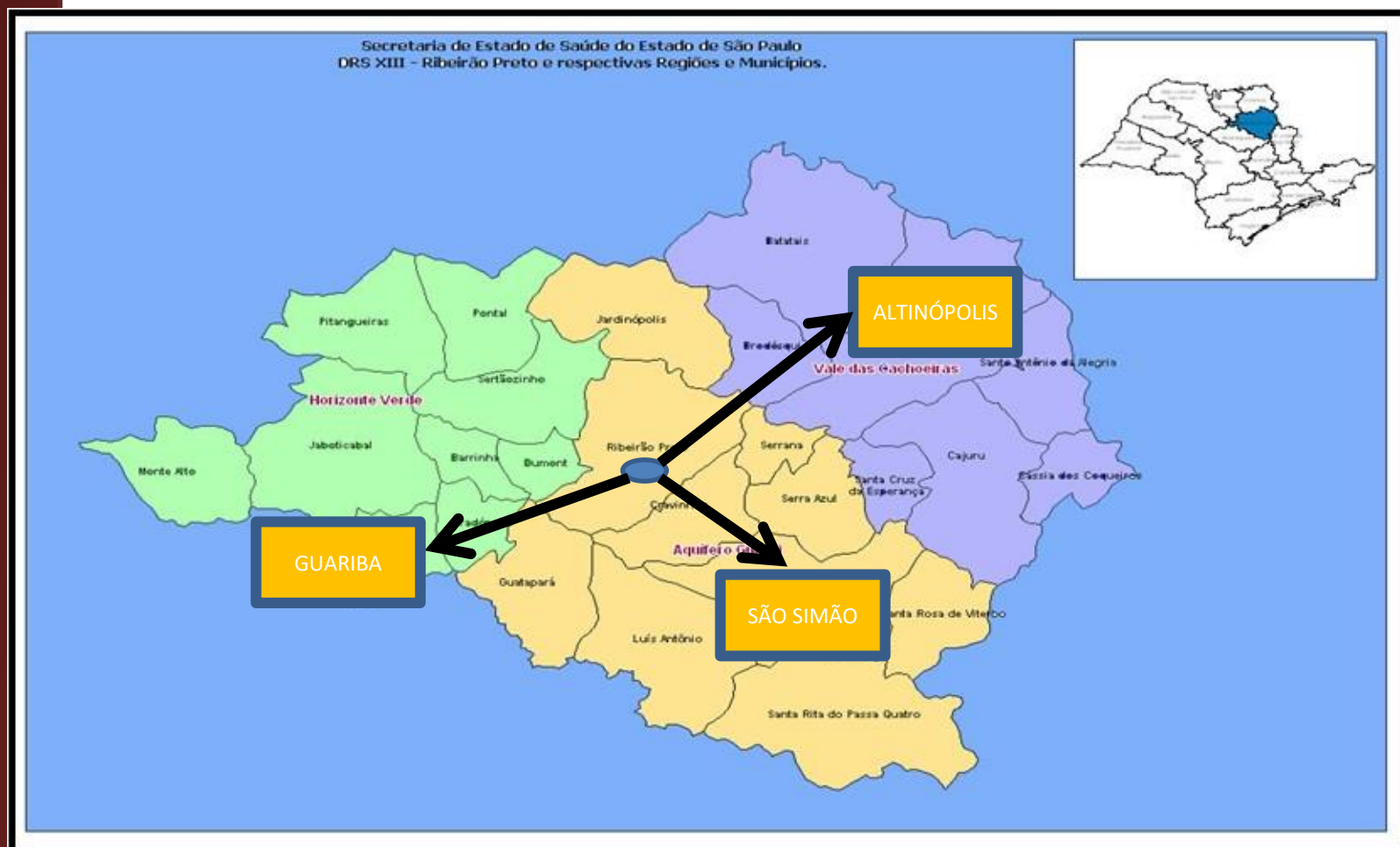


- Alta taxa de ocupação da Sala de Urgência da U.E. – HCFMRP-USP – autuação da VISA (JULHO 2013)
- Avaliação dos casos regulados
 - não há erro de regulação
 - pacientes precisavam ser encaminhados

INCENTIVOS PARA DESENVOLVIMENTO DO PROJETO



MAPA DO DRS 13 – RELAÇÃO COM PARCEIROS EM CADA DISTRITO ADMINISTRATIVO



RELACIONAMENTO COM INSTITUIÇÕES PARCEIRAS



Diário Oficial

Imprensa Nacional

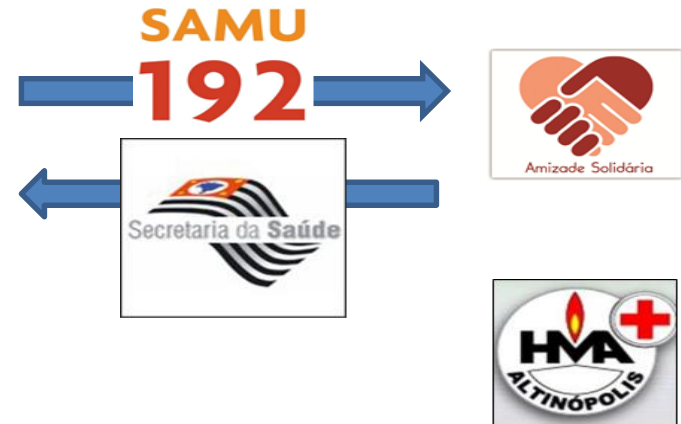
REPÚBLICA FEDERATIVA DO
BRASIL
BRASÍLIA - DF

Nº 5 – DOU – 08/01/13 – seção 1 – p.29

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

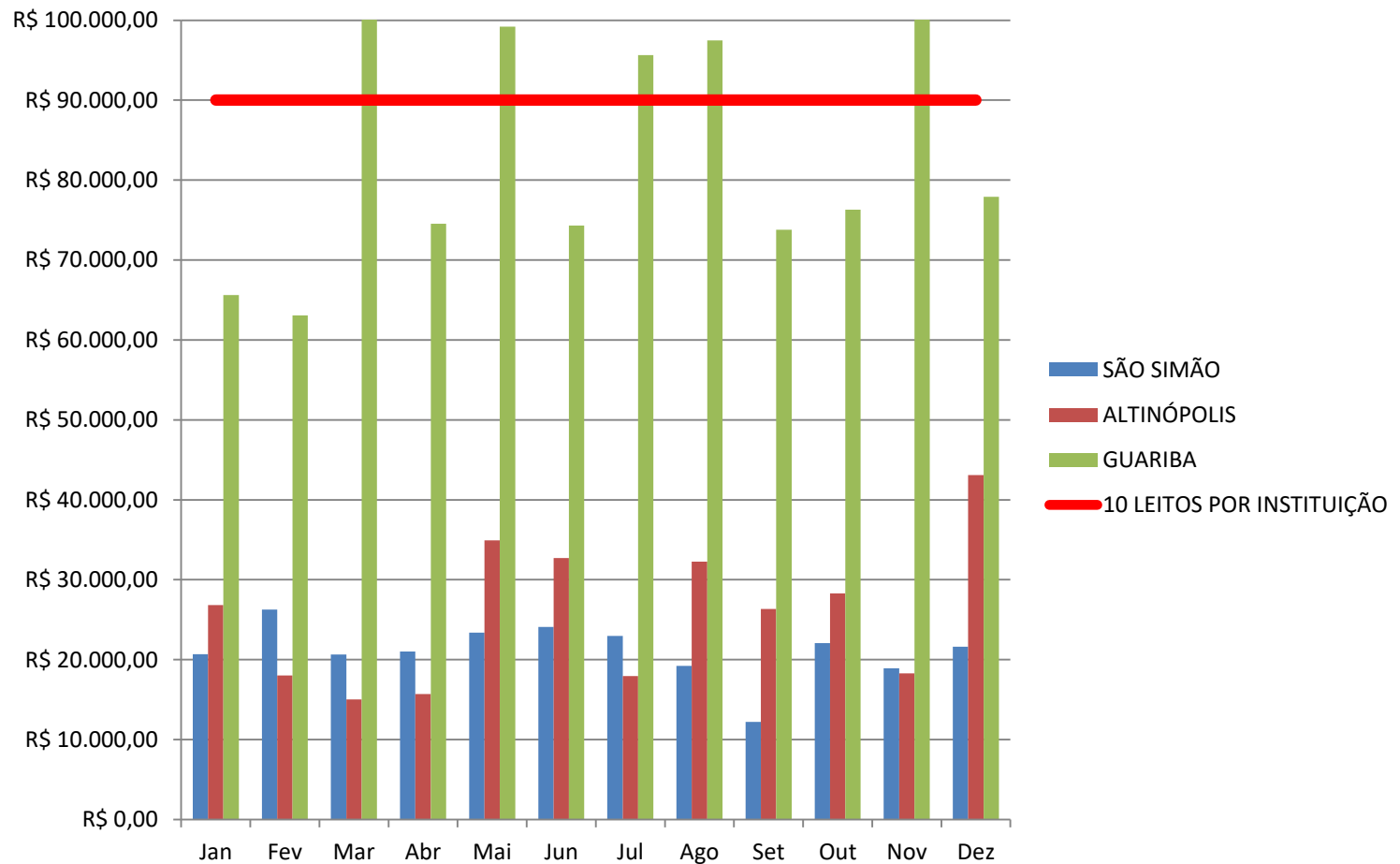
PORTARIA Nº 2.809, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2012(*)

PORTARIA CUIDADOS PROLONGADOS



- Transfere-se pacientes e não problemas!
- Paciente só deixa de ser acompanhado quando é reintegrado à Sociedade
- Processo de “ganha-ganha”
- Acompanhamento do Serviço Social da U.E. e do DRS XIII diariamente
- Acesso garantido à instituição terciária se houver complicações
- Todas as etapas foram pactuadas previamente com visitas “in locu”

Faturamento Mensal para 2012 e Potencial Ganho Adicional para Cuidados Prolongados



RELACIONAMENTO COM INSTITUIÇÕES PARCEIRAS

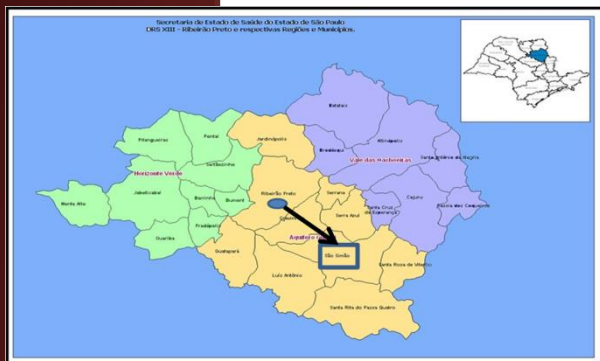


• GUARIBA:

- 8 Enfermeiros;
 - 1 Assistente Social - carga horária 20 horas;
 - 1 Fisioterapeuta e 8 na rede;
 - 5 Fonoaudiólogas da rede;
 - 1 Nutricionista;
 - 1 Cirurgião, 2 Ortopedista, 2 pediatras (neonatal), 1 Clínico Geral, 3 cardiologistas e neurologista na rede; A referência médica da Santa Casa será a Dra. Raquel-Cardiologista.
 - 1 Asilo com capacidade para abrigar 25 idosos, no entanto, sem vaga (atende a região);
 - 1 Casa da Criança- Abrigo Convalescente de Guariba-programa que atende crianças até 12 anos de idade e recebe crianças de fora.
- A Santa Casa possui 71 leitos, sendo referência para Dumont e Pradópolis em obstetrícia (Atende SUS, São Francisco e Unimed).



RELACIONAMENTO COM INSTITUIÇÕES PARCEIRAS



• SÃO SIMÃO:

- Asilo (Capacidade para 28 idosos), no entanto atualmente tem 22 moradores;
- O município conta com três Assistentes Sociais concursadas e uma educadora e dirige dois programas sociais para crianças e adolescentes (faixa etária de 6 a 18 anos de idade);
- O município possui o Centro de Fisioterapia, com 5 profissionais e carga horária de 20 horas semanais; Conta com 4 psicólogas e 2 fonoaudiólogas.



RELACIONAMENTO COM INSTITUIÇÕES PARCEIRAS

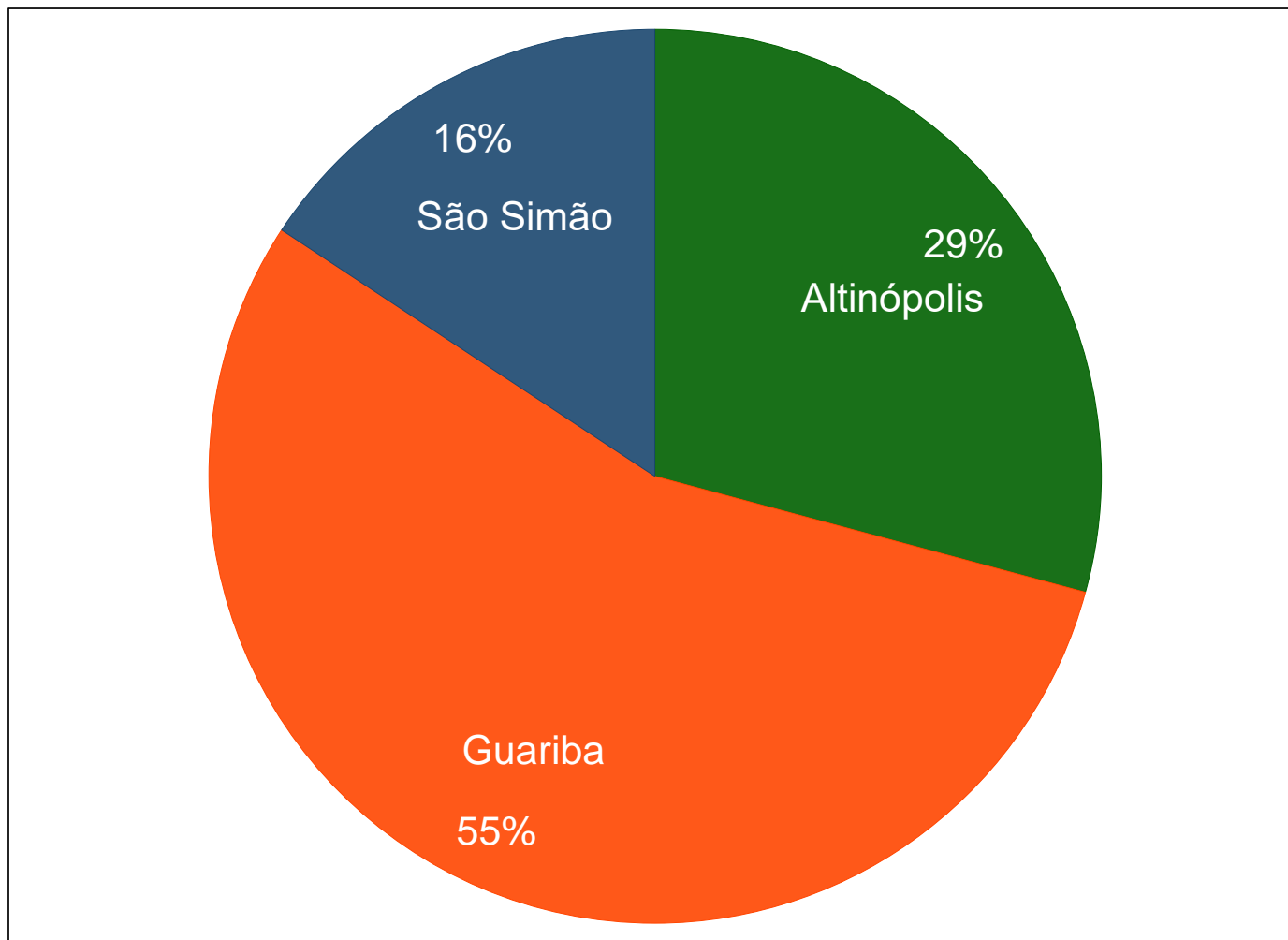


• ALTINÓPOLIS:

- 10 Enfermeiros: (1 Enfermeiro CCIH; 1 Enfermeiro responsável pela Gestão)
- 32 técnicos de enfermagem;
- 3 Fisioterapeutas;
- 1 Nutricionista e 1 Engenheira de alimentos;
- 2 Psicólogas;
- 2 Pediatras;
- 2 Ginecologistas e Obstetra;
- 3 Clínicos (1 cardiologista)
- 1 Anestesista
- 5 Equipes do PSF (sendo 1 rural)
- 5 Assistentes Sociais (4 PSF)
- Asilo – Capacidade para 22 idosos- 1 Assistente Social
- Centro Especializado de Odontologia
- 1 CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial)
- 2 Residentes da Clínica Médica; 2 Alunos de graduação (Convênio com a FAEPA)
- 2 Bolsas para residentes da disciplina de cirurgia vascular;

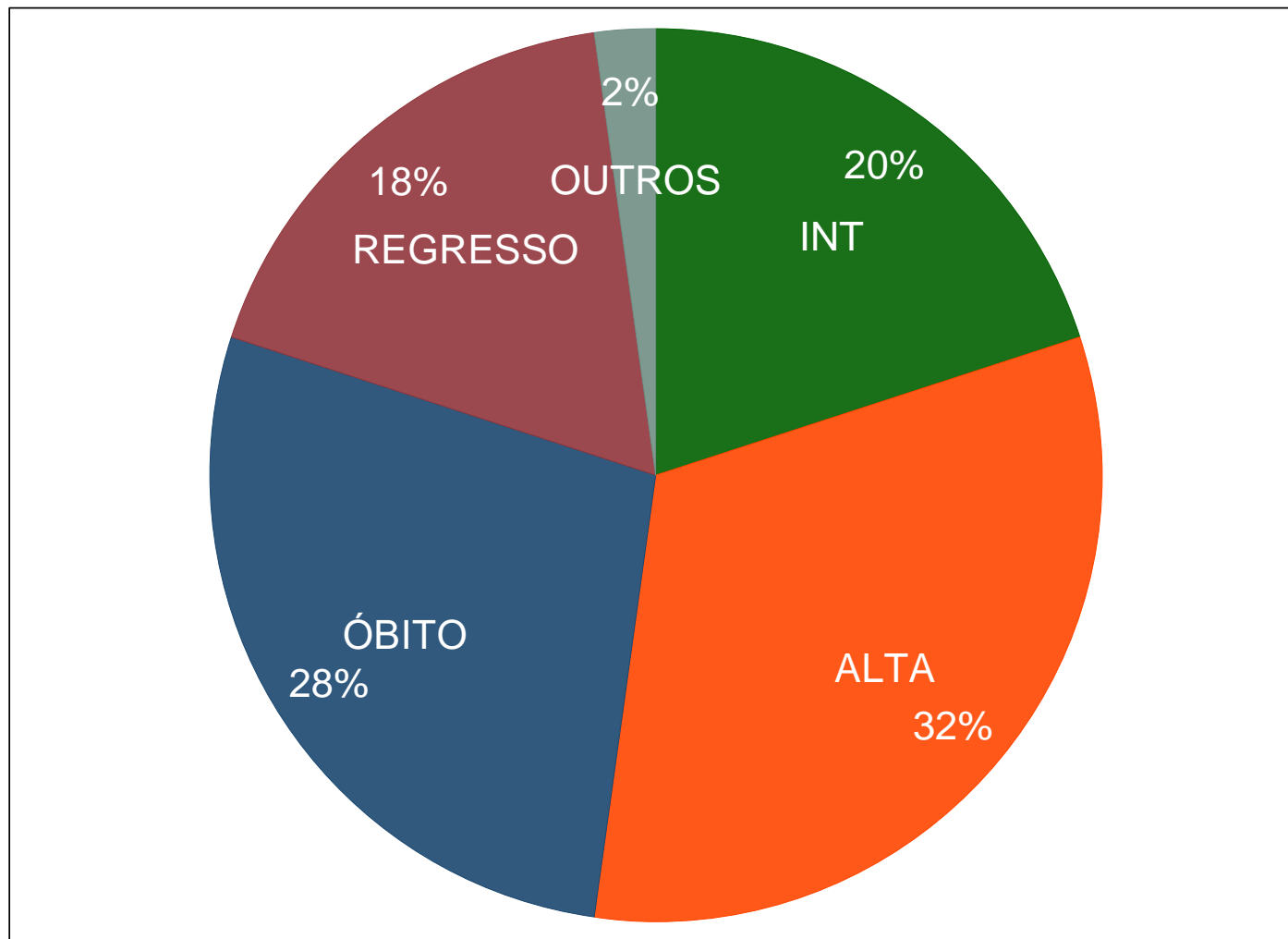


Resultados

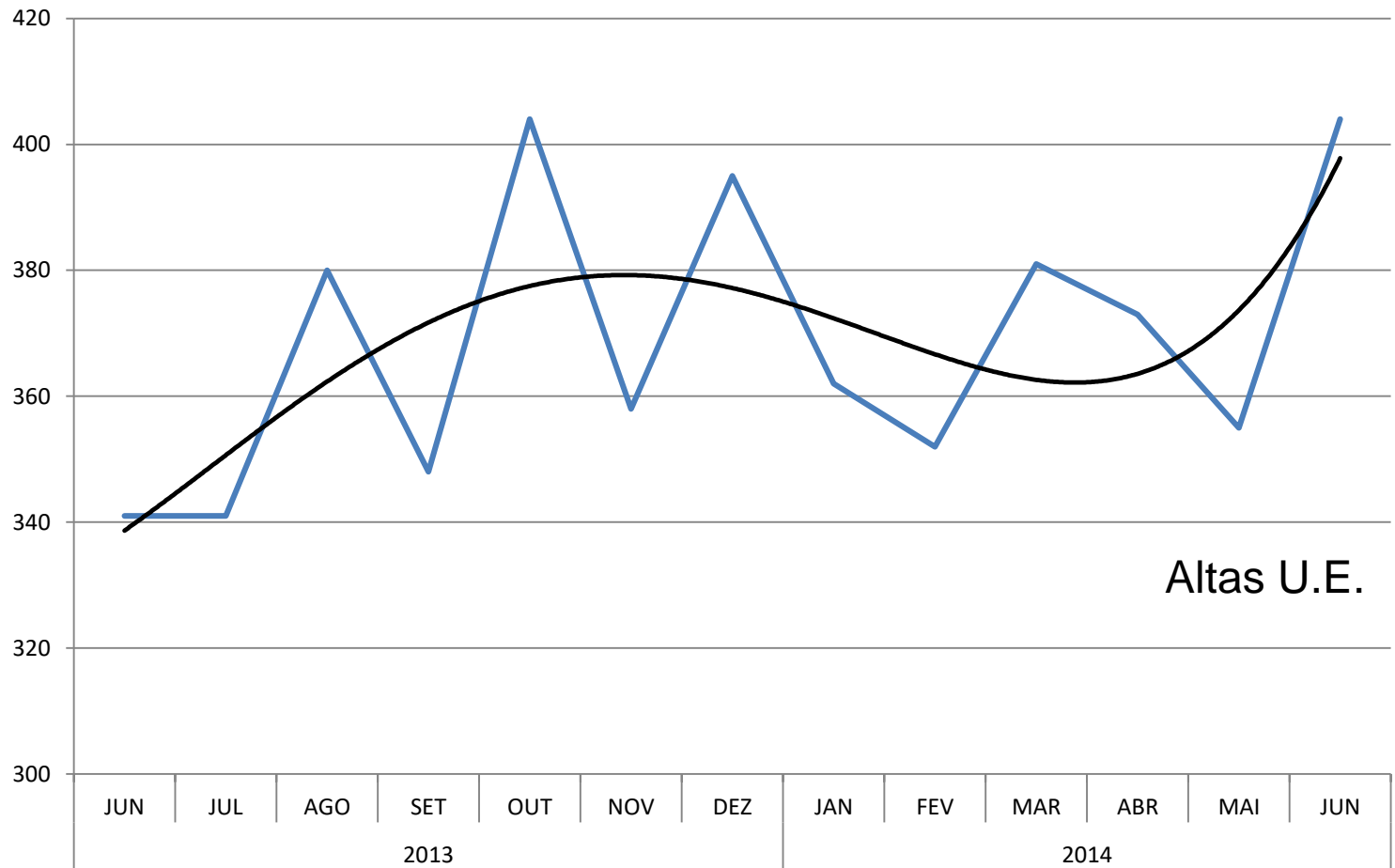




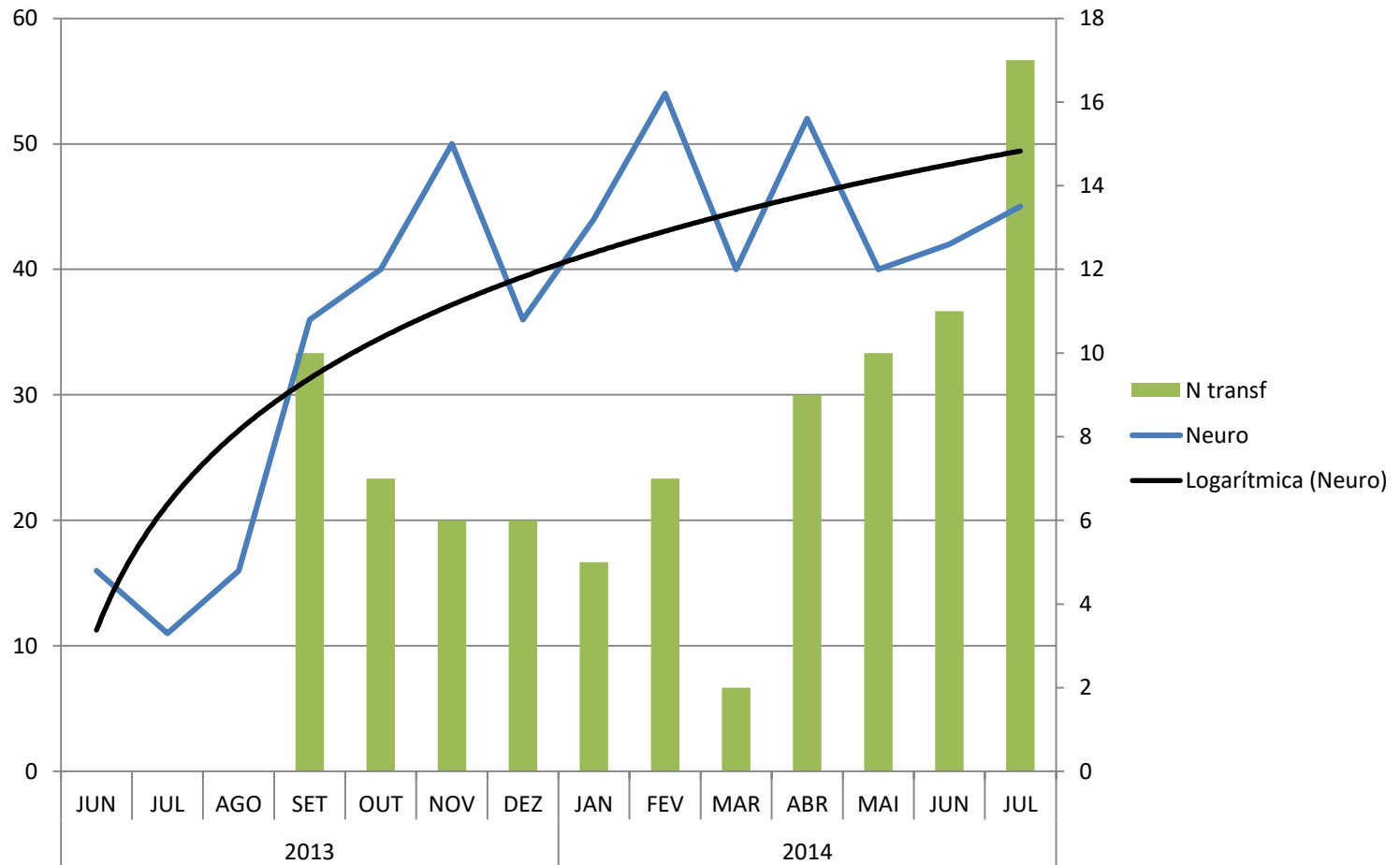
Resultados



Impacto Geral

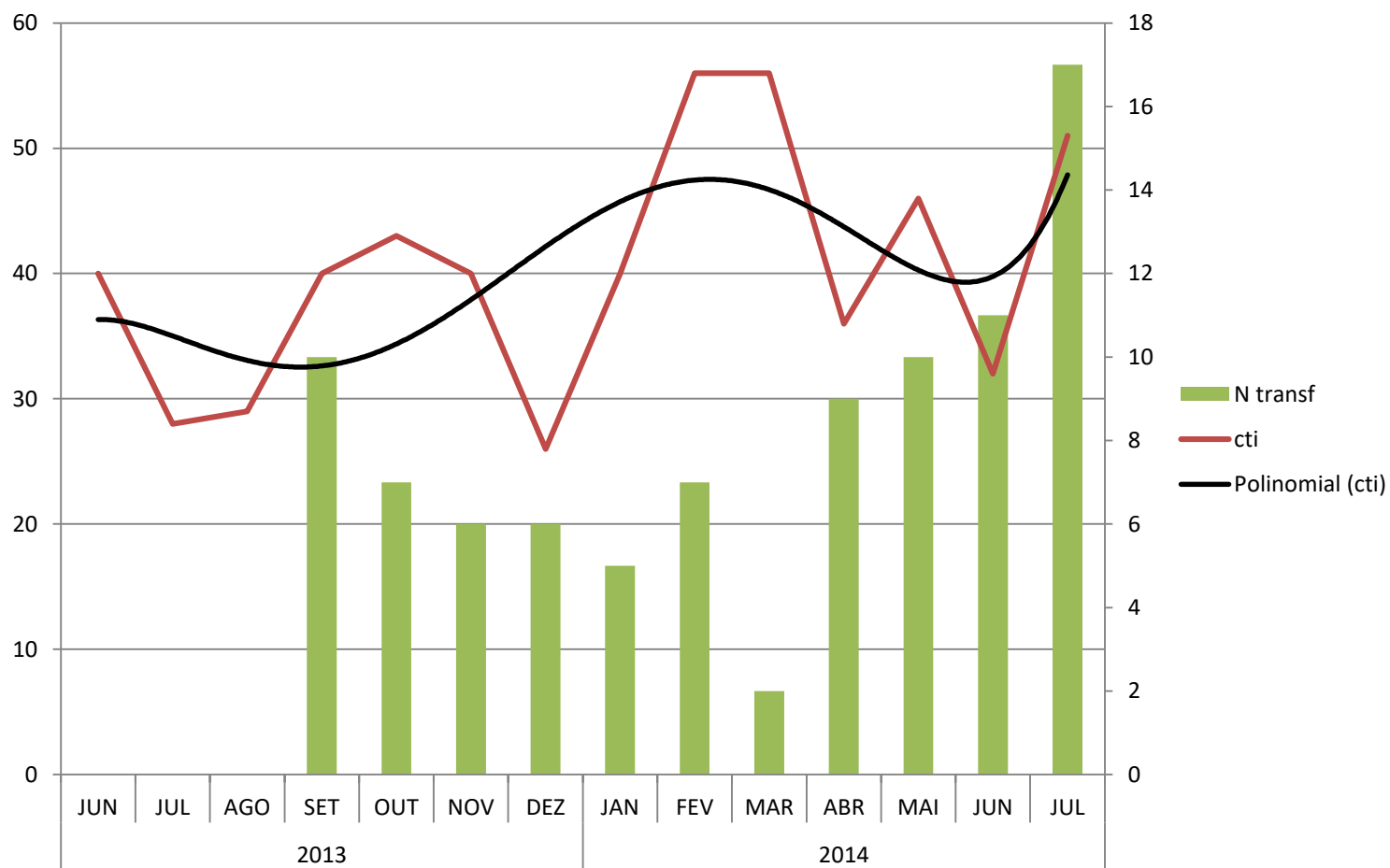


Impacto Neuro





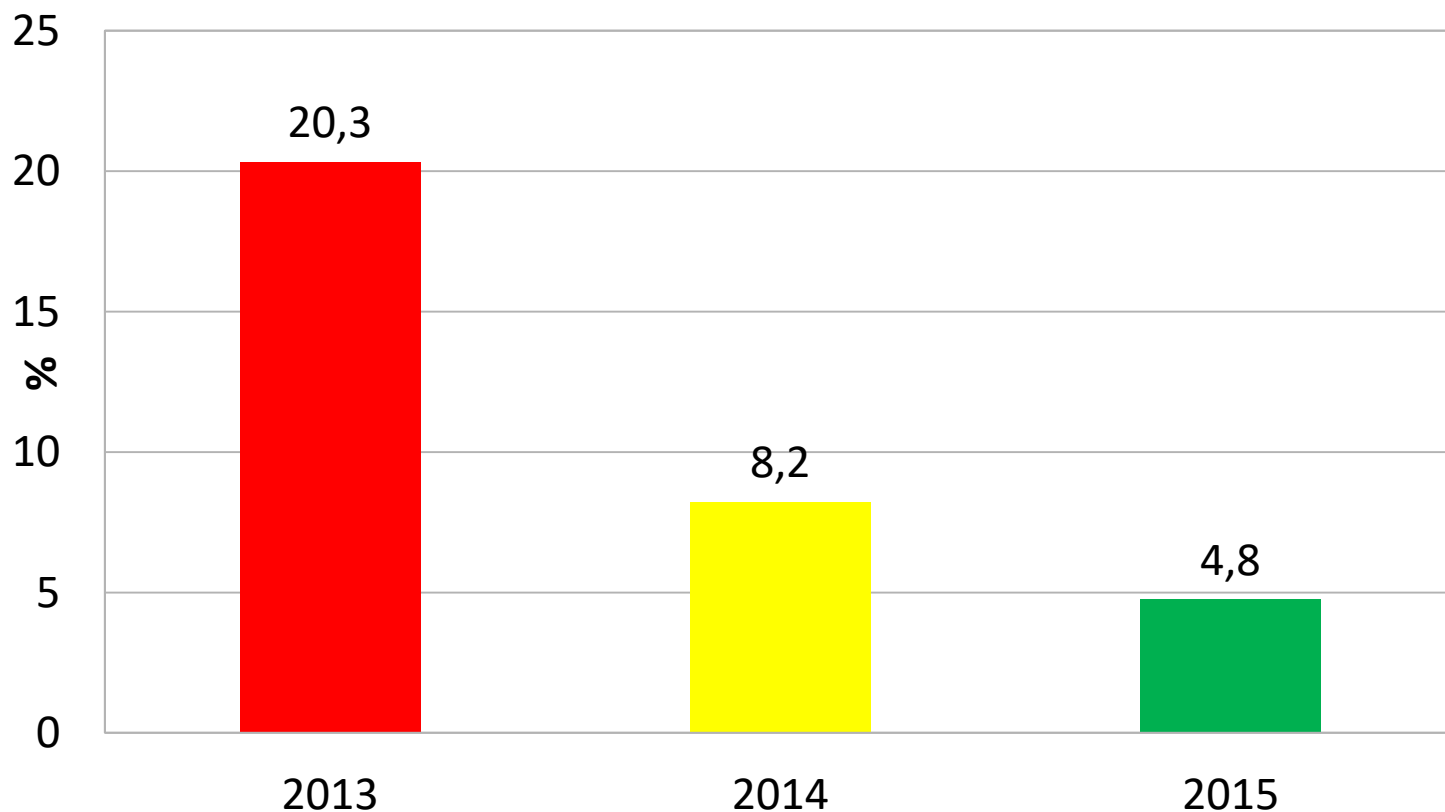
Impacto CTI





Resultados

- NEUROLOGIA – Infecção Intrahospitalar



SÃO SIMÃO – ANIVERSÁRIO SR. ROMUALDO

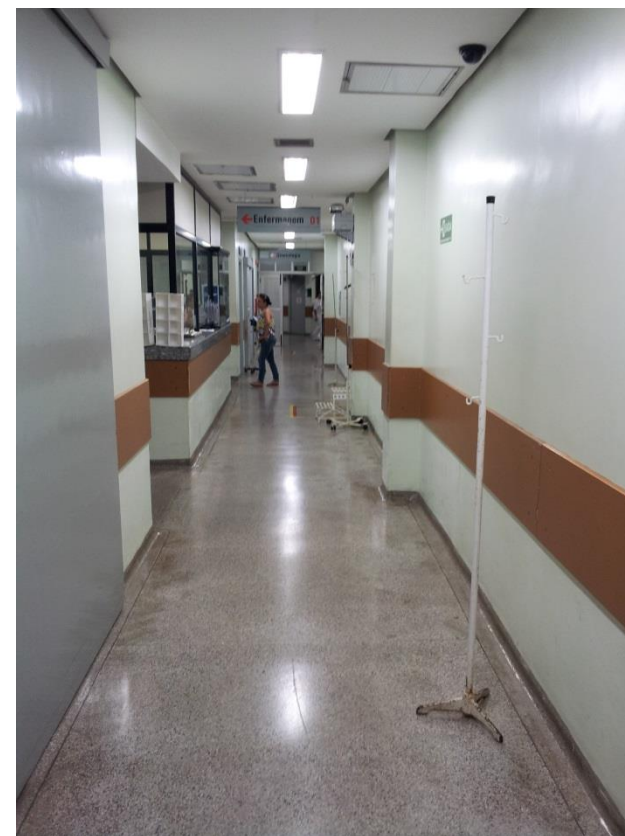


RESULTADOS

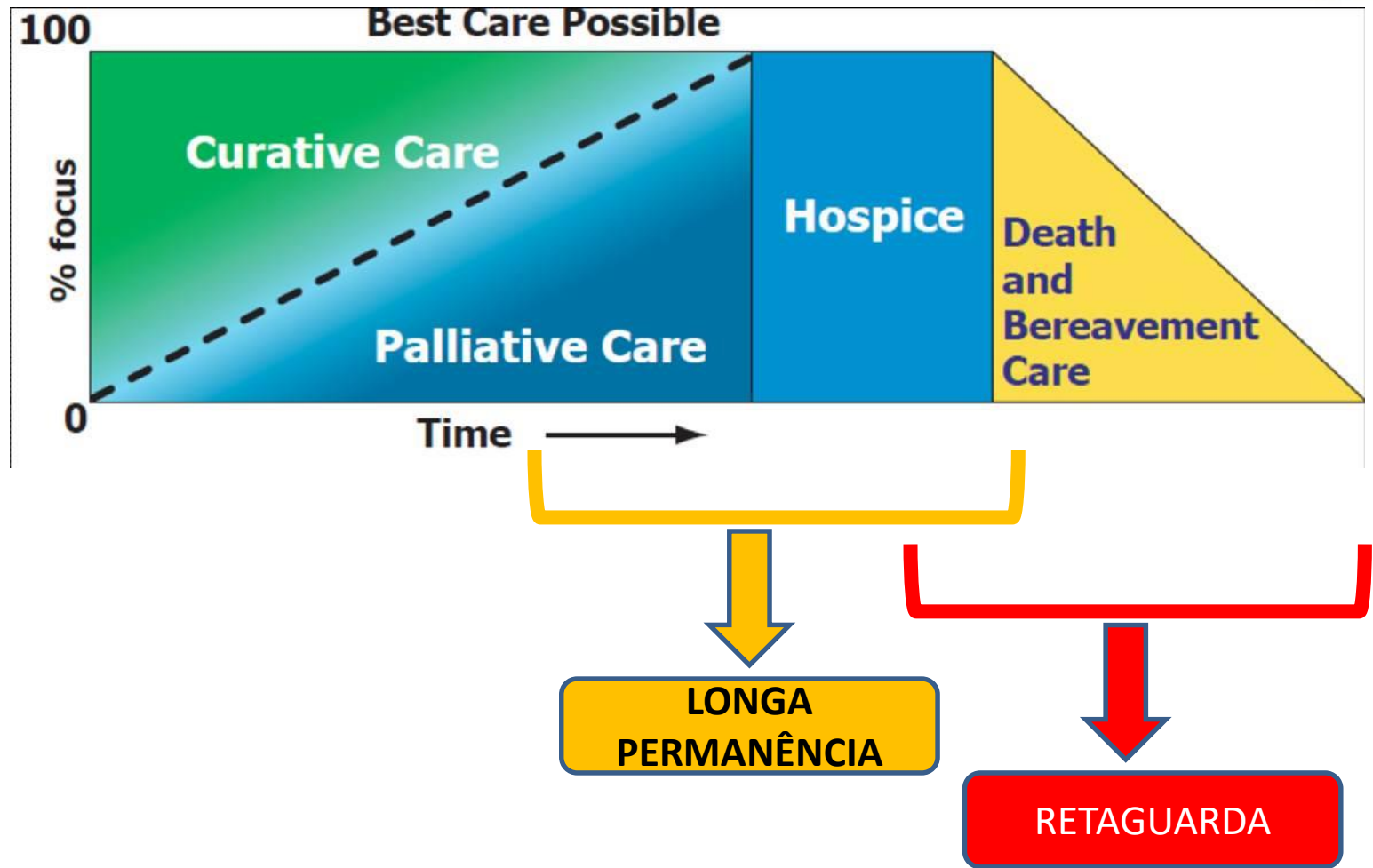
23 / 07 / 2013



26 / 09 / 2013



Modelo de Cuidados Paliativos



Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo
DRS XIII - Ribeirão Preto e respectivas Regiões e Municípios.



Novos Desafios



- Ampliar a capacitação dos profissionais da rede de apoio
- Cuidados paliativos
- Desenvolver apoio aos pacientes que são desospitalizados – retorno preferencial
- Ampliação da rede para 120 leitos

PERGUNTA



- QUAL SERIA O DESAFIO DE GESTÃO COMUM AOS 3 CASOS DISCUTIDOS?

Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) das Redes de Atenção à Saúde (RAS)



Art. 6º São diretrizes da PNHOSP:

- I - garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar;
- II - regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais;
- III - continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS;
- IV - modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar;
- V - acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS;
- VI - atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização;
- VII - gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS;
- VIII - garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente;
- IX - garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais;
- X - financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão;
- XI - garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena;
- XII - transparência e eficiência na aplicação de recursos;
- XIII - participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e
- XIV - monitoramento e avaliação.



Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) das Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Art. 6º São diretrizes da PNHOSP:

I - garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar;

II - regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais;

III - continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS;

CASO 3

IV - modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar;

V - acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS;

VI - atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização;

VII - gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS;

VIII - garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente;

IX - garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais;

X - financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão;

XI - garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena;

XII - transparência e eficiência na aplicação de recursos;

XIII - participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e

XIV - monitoramento e avaliação.



Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) das Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Art. 6º São diretrizes da PNHOSP:

- I - garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar;
- II - regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais;
- III - continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS;
- IV - modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar;
- V - acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS;
- VI - atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização;
- VII - gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS;
- VIII - garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente;
- IX - garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais;
- X - financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão;
- XI - garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena;
- XII - transparência e eficiência na aplicação de recursos;
- XIII - participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e
- XIV - monitoramento e avaliação.

CASO 1 E 2



Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) das Redes de Atenção à Saúde (RAS)





Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) das Redes de Atenção à Saúde (RAS)

• SEÇÃO I

– Art. 11 – O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de **dispositivos de cuidado** que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente

- §6º - O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e alta, preferencialmente por meio da implantação de um **Núcleo Interno de Regulação (NIR)** ou **Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH)** com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

EIXOS ESTRUTURANTES

I – ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

II – GESTÃO HOSPITALAR

III – FORMAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DA FORÇA DE TRABALHO

IV – FINANCIAMENTO

V – CONTRATUALIZAÇÃO

VI – RESPONSABILIDADE DAS ESFERAS DE GESTÃO



Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) das Redes de Atenção à Saúde (RAS)

EIXOS ESTRUTURANTES

– ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

I – GESTÃO HOSPITALAR

III – FORMAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DA FORÇA DE TRABALHO

IV – FINANCIAMENTO

V – CONTRATUALIZAÇÃO

VI – RESPONSABILIDADE DAS ESFERAS DE GESTÃO

• SEÇÃO I

- Art. 11 – O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de **dispositivos de cuidado** que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente
 - §6º - O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e alta, preferencialmente por meio da implantação de um **Núcleo Interno de Regulação (NIR)** ou **Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH)** com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

Dispositivos de Cuidado

- Apesar de previstos na Portaria, devem ser analisados e desenvolvidos por cada instituição
- Criatividade e Regionalização
- Pactuação com a Rede
- Definição de Atribuições – atrelar ao financiamento e à contratualização
- Outros Exemplos:
 - ✓ Equipes Multiprofissionais
 - ✓ Horizontalização do Cuidado
 - ✓ Plano Terapêutico
 - ✓ Apoio Matricial
 - ✓ Núcleos de Segurança
 - ✓ Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos
 - ✓ Auditoria Clínica

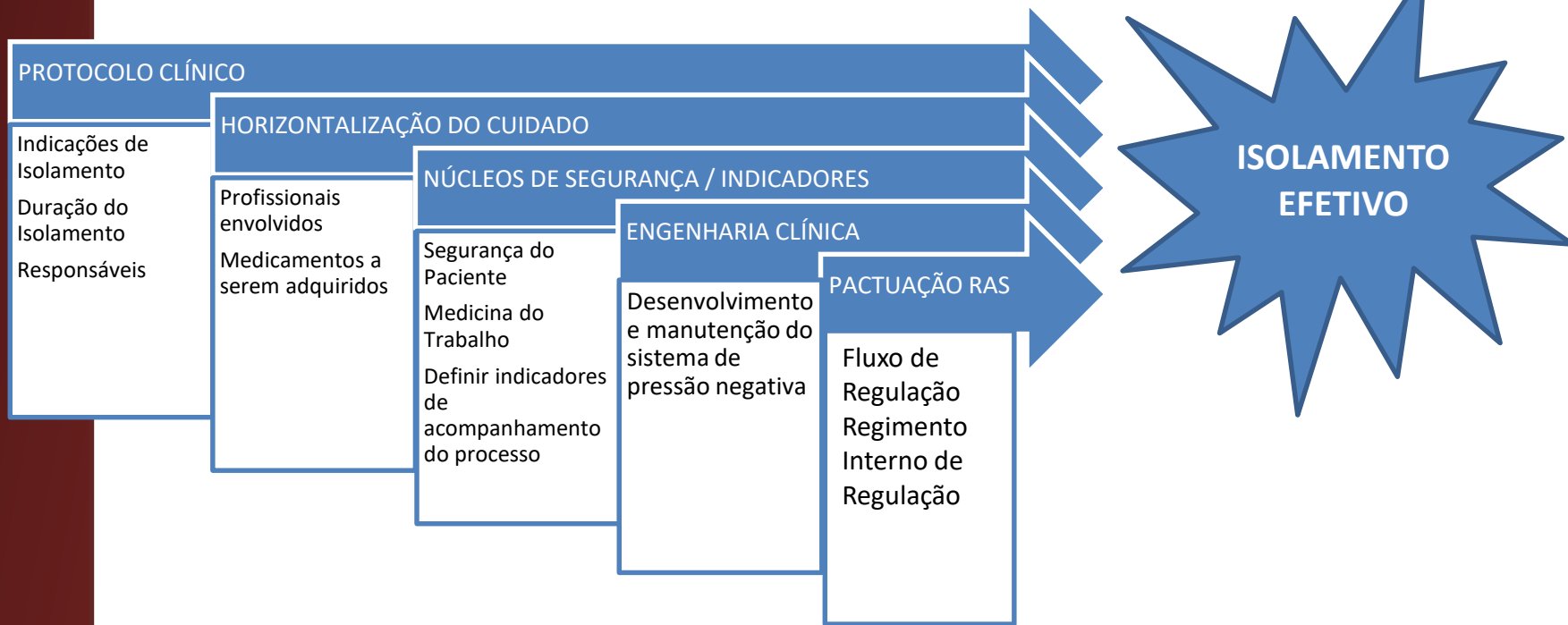


Dispositivos de Cuidado

CASO 1 - Política de Isolamento Respiratório

Exemplo de Dispositivos

- Equipes Multiprofissionais
- Horizontalização do Cuidado
- Plano Terapêutico
- Apoio Matricial
- Apoio Matricial
- Núcleos de Segurança
- Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos
- Auditoria Clínica



Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) das Redes de Atenção à Saúde (RAS)



- **Núcleo Interno de Regulação (NIR)** – constitui 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

NIR



- É uma **Unidade Técnico-Administrativa** que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar.
- É um **órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção Geral do Hospital** e que deve ser legitimado, com um **papel definido e disseminado** dentro da Instituição.



PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES

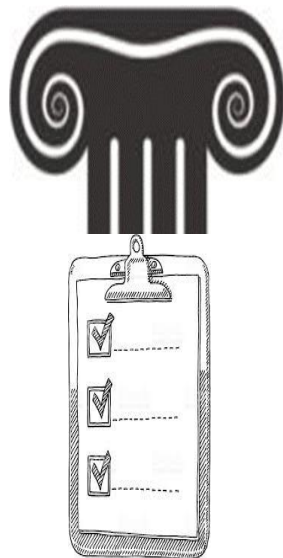
- Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias;
- Regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, a saber: Ambulatório, Internação, Urgência e Emergência, Agenda Cirúrgica;
- Subsidiar discussões tanto internas, como externas (na Rede de Atenção à Saúde - RAS), que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados;
- Otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pela RAS;
- Otimizar a ocupação das salas cirúrgicas;
- Monitorar com finalidade de reduzir ao máximo o número de procedimentos eletivos cancelados/suspensos;
- Estabelecer e ou monitorar o painel de indicadores hospitalar;
- Promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais;
- Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso hospitalar;
- Qualificar os fluxos de acesso aos serviços e as informações no ambiente hospitalar;
- Induzir a implantação dos mecanismos de gestão da clínica tais como Kanban, Projeto Terapêutico Singular, gestão da fila;
- Otimizar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito hospitalar;
- Promover a permanente articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado, no âmbito intra-hospitalar;
- Aprimorar e apoiar o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços hospitalares visando o atendimento mais adequado às suas necessidades;
- Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável;
- Fornecer subsídios às Coordenações Assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência;
- Estimular o Cuidado Horizontal dentro da instituição;
- Subsidiar a direção do hospital para a tomada de decisão internamente;
- Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento, na proposição e atualização de protocolos/diretrizes clínicas e terapêuticas e protocolos administrativos.

NIR



NIR

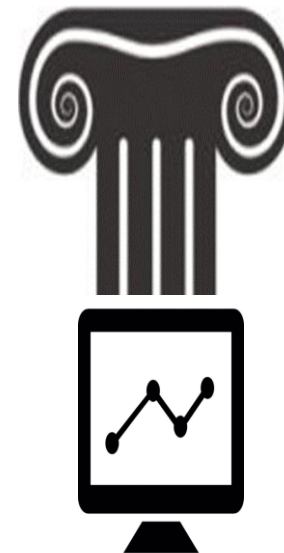
PRÁTICAS DE
REGULAÇÃO



ARTICULAÇÃO COM
A RAS



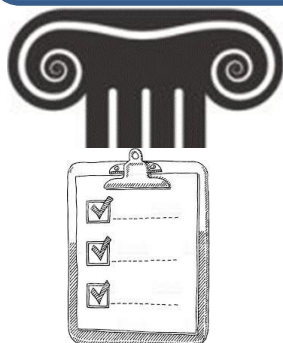
MONITORAMENTO





NIR

PRÁTICAS DE
REGULAÇÃO

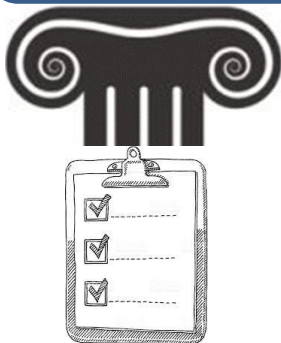


- Atividades transversais de regulação do acesso
- Articulação com outros pontos e Centrais de Regulação



NIR

PRÁTICAS DE REGULAÇÃO



- Definir claramente a estrutura de assistência da instituição e suas limitações – **capacidade instalada**;
- Avaliar o nível de gravidade e a intensidade de cuidado necessário para cada paciente internado na instituição – **projeto terapêutico singular**;
- **Padronizar os processos de trabalho** desde a admissão dos pacientes, cuidado e a transições de cuidado entre os setores da unidade hospitalar;
- **Centralizar no NIR** a gestão do acesso a estrutura hospitalar e dos processos relacionados, bem como a interface com a Regulação, quando necessário.



NIR

ARTICULAÇÃO
COM A RAS



- Interface com as Centrais de Regulação Hospitalar e com outras instituições da rede
 - UBS (Unidades Básicas de Saúde)
 - UPA (Unidades de Pronto-Atendimento)
 - Outros Hospitais, etc.



NIR

ARTICULAÇÃO
COM A RAS



- **ALTA RESPONSÁVEL** – mecanismo de transferência de cuidados realizado por meio da orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado
- **ARTICULAÇÃO COM UBS**
- **DESOSPITALIZAÇÃO**
 - Hospitais retaguarda
 - Assistência Domiciliar



NIR

MONITORAMENTO



- Avaliação de indicadores do fluxo do paciente e de casos de permanência prolongada



NIR

MONITORAMENTO



- **INDICADOR** –
 - Informação relevante para gestão e planejamento
 - Claro e objetivo
 - Derivado de dados confiáveis
 - **Dois tipos de indicadores:**
 - Processo
 - Resultado

NIR

MONITORAMENTO



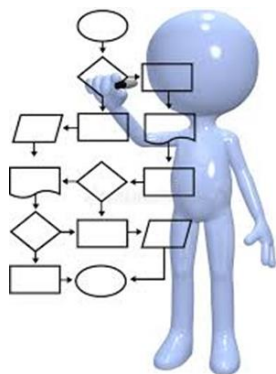
INDICADORES



PROCESSOS X RESULTADOS

NIR

MONITORAMENTO



- **INDICADORES DE PROCESSO** - A maior parte dos indicadores de processos vão mensurar tempos do fluxo do paciente pela estrutura e unidades do hospital, desde a sua admissão até a alta hospitalar.
 - **Tempo para efetivação de internação:** avalia o tempo decorrido desde a solicitação de internação na Emergência até a chegada do paciente na Unidade de Internação.
 - **Tempo para efetivação de alta hospitalar:** mensura o tempo decorrido da definição médica de alta do paciente até a desocupação do leito.
 - **Tempo para higienização do leito:** compreende o tempo decorrido desde a saída física do paciente até o momento de liberação do leito já higienizado.

NIR

MONITORAMENTO



- **INDICADORES DE RESULTADO -**

mostram o efeito real das ações que serão desencadeadas pelo NIR, e muitos refletem o funcionamento global do hospital.

- Podem ser subdivididos em:

Produção

Produção diz respeito ao uso da capacidade instalada e ao número de atendimentos

Desempenho

Os indicadores de desempenho mostram se a capacidade instalada está sendo utilizada de forma eficiente

NIR

MONITORAMENTO



- **INDICADORES DE RESULTADO -**

mostram o efeito real das ações que serão desencadeadas pelo NIR, e muitos refletem o funcionamento global do hospital.

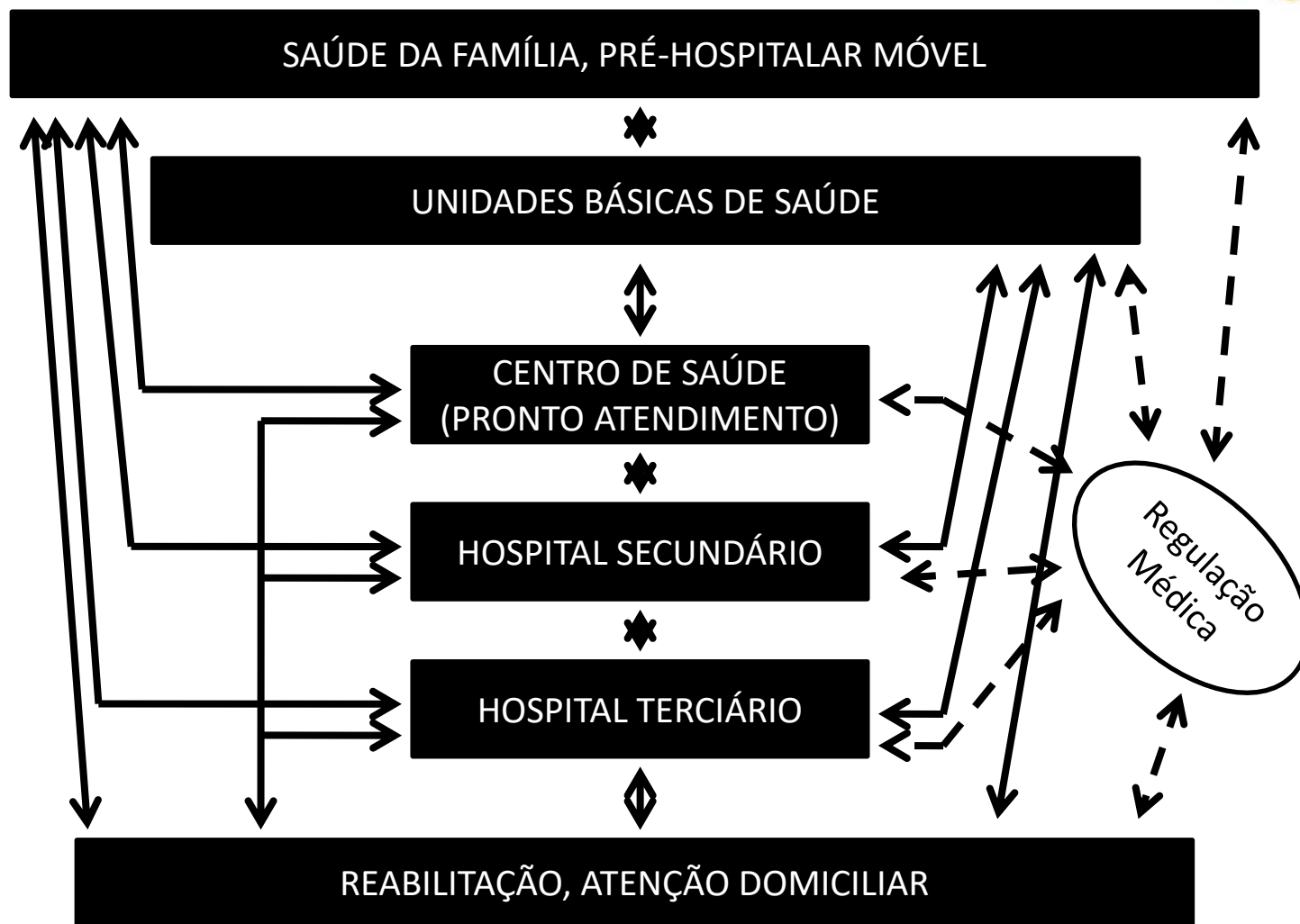
- Podem ser subdivididos em:

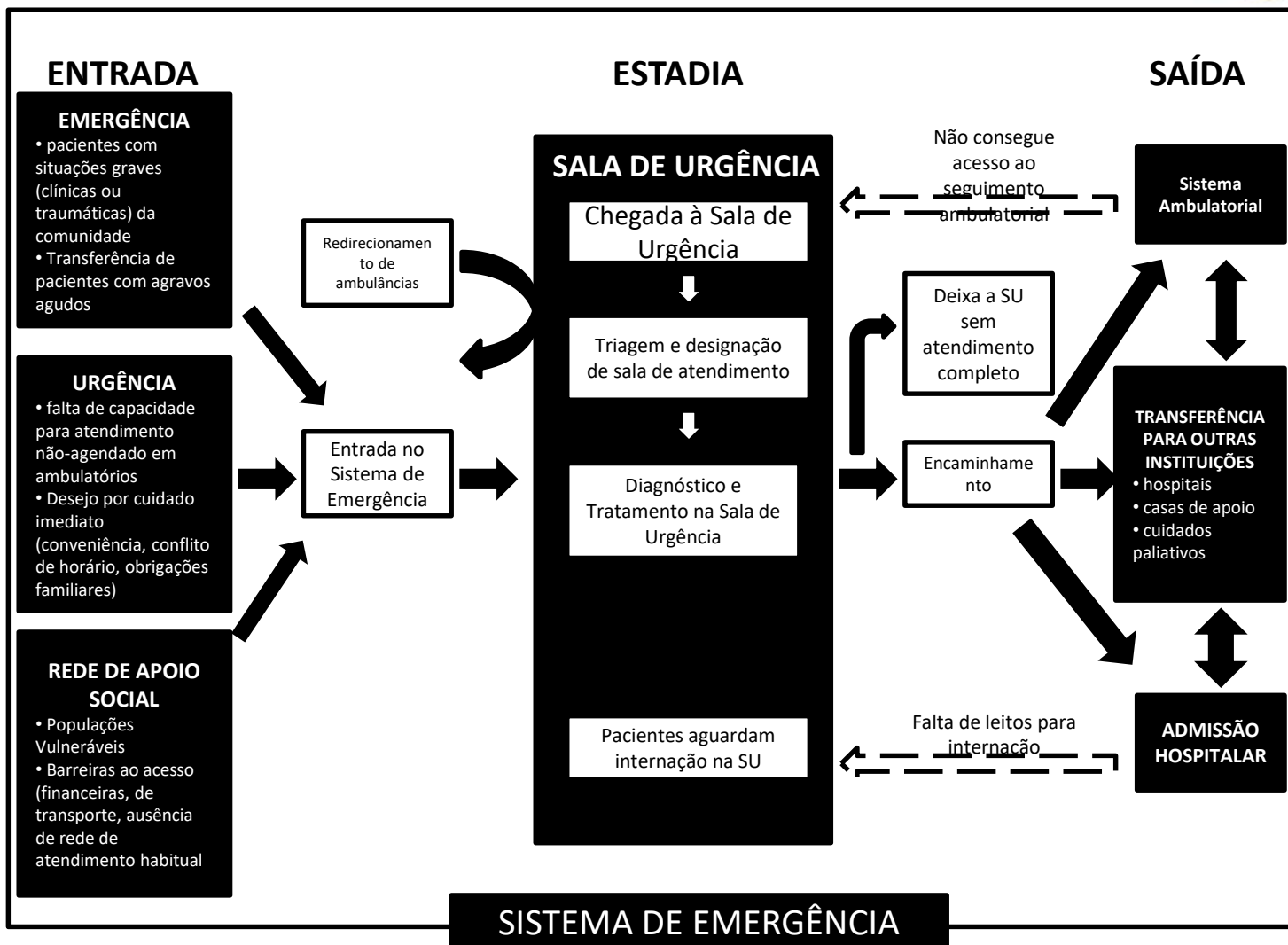
Produção

- Pacientes-dia no período
- Taxa de ocupação dos leitos
- Número de internações
- Número de consultas
- Número de cirurgias
- Taxa de ocupação de salas cirúrgicas
- Taxa de consultas realizadas

Desempenho

- Tempo médio de permanência em leito de internação;
- Taxa de pacientes residentes no hospital (permanência superior a 90 dias);
- Índice de intervalo de substituição (intervalo de substituição de leitos);







* PRÉ-HOSPITALAR (ENTRADA) HOSPITALAR (ESTADIA) PÓS-HOSPITALAR

