

MANUAL DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

NIR

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO PARA
HOSPITAIS GERAIS E ESPECIALIZADOS

- ➊ Unidade de Internação
- ➋ Bloco Cirúrgico
- ➌ UTI





Expediente

ORGANIZAÇÃO E ELABORAÇÃO

Anna Paula Hormes de Carvalho

*Enfermeira Técnica da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar
CGHOSP/DAHU/SAS/MS*

Danyelle Monteiro Cavalcante

*Fisioterapeuta Técnica da Coordenação Geral de Urgência e Emergência
CGUE/DAHU/SAS/MS*

Rodrigo Wilson de Souza

*Enfermeiro Técnico da Coordenação Geral de Regulação e Avaliação
CGRA/DRAC/SAS/MS*

Vinícius Sabedot Soares

Médico do Hospital Moinhos de Vento e Hospital Restinga e Extremo Sul

COLABORAÇÃO

Ana Angélica Caires Ribeiro

*Técnica da Coordenação Geral de Regulação e Avaliação
CGRA/DRAC/SAS/MS*

Claudio Lúcio Brasil da Cunha

*Médico Técnico da Coordenação Geral de Regulação e Avaliação
CGRA/DRAC/SAS/MS*

Eloiza Andrade Almeida Rodrigues

Técnica da Assessoria de Gabinete da SAS/MS

Flora de Freitas Soares Lima

*Coordenadora Substituta da Coordenação Geral de Regulação e Avaliação
CGRA/DRAC/SAS/MS*

Juliana Gonçalves Aguiar

*Enfermeira Coordenadora Substituta da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar
CGHOSP/DAHU/SAS/MS*

Maria Cristina Cotta Matte

Hospital Moinhos de Vento e Hospital Restinga e Extremo Sul

Miriam Vieira

*Técnica da Coordenação Geral de Regulação e Avaliação
CGRA/DRAC/SAS/MS*

Rui Leandro da Silva Santos

*Técnico da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar
CGHOSP/DAHU/SAS/MS*





REVISÃO

Anna Paula Hormes de Carvalho

*Enfermeira Técnica da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar
CGHOSP/DAHU/SAS/MS*

Antônio Pazin Filho

Médico - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP

Danilo Carvalho Oliveira

Fisioterapeuta - Mestrando em Gestão das Organizações de Saúde na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP

Danyelle Monteiro Cavalcante

*Fisioterapeuta Técnica da Coordenação Geral de Urgência e Emergência
CGUE/DAHU/SAS/MS*

Rodrigo Wilson de Souza

*Enfermeiro Técnico da Coordenação Geral de Regulação e Avaliação
CGRA/DRAC/SAS/MS*

Vinícius Sabedot Soares

Médico do Hospital Moinhos de Vento e Hospital Restinga e Extremo Sul

FICHAS DE INDICADORES

Elaboradas a partir de indicadores do Projeto "Desenvolvimento de Técnica de Operação e Gestão de Serviços de Saúde" em uma região intramunicipal de Porto Alegre – Restinga e Extremo Sul, desenvolvido no âmbito do Programa de Apoio e Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) parceria entre a Associação Hospitalar Moinhos de Vento e o Ministério da Saúde.

EDIÇÃO GRÁFICA

José Fialho Júnior

Projeto Gráfico, capa e ilustrações

Francisca Cabrales Cony

Fotografia capa





Lista de Siglas e Abreviaturas

NIR	Núcleo Interno de Regulação
RAS	Rede de Atenção à Saúde
PROADI-SUS	Programa de Apoio e Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
MEWS	Modified Early Warning Score
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
AIH	Autorização para Internação Hospitalar
CIH	Controle de Infecção Hospitalar
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
NAQH	Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar



Sumário

CAPÍTULO 1	
Introdução	2
CAPÍTULO 2	
Objetivos	3
2.1 Objetivo Geral	3
2.2 Objetivos Específicos	3
2.3 Principais Atribuições	4
CAPÍTULO 3	
Estrutura de Recursos humanos	7
CAPÍTULO 4	
Os 3 Pilares do Núcleo Interno de Regulação (NIR).....	8
4.1 Regulação do Acesso	9
4.1.1 Complexidade de Atendimento Disponível – Capacidade Instalada	11
4.1.2 Gravidade dos Pacientes	12
4.1.3 Padronizar as Transições de Cuidado entre Unidades com Ferramenta de Gestão da Clínica	13
4.2 Relacionamento Interno e Externo (Articulação com a RAS)	17
4.2.1 Centrais de Regulação	18
4.2.2 Outras Instituições	18
4.3 Monitoramento	19
4.3.1 Indicadores de Processos	20
4.3.2 Indicadores de Resultados	21
CAPÍTULO 5	
Rotina do NIR	24
CAPÍTULO 6	
Passo a Passo para Implantação do NIR	26
CAPÍTULO 7	
Conclusão	29
CAPÍTULO 8	
Referências	30
CAPÍTULO 9	
Leituras Complementares	32
CAPÍTULO 10	
Anexos	33
Anexo 1 – Atribuições dos Membros do NIR	33
Anexo 2 – Modelo de Formulário Alta Responsável	40
Anexo 3 – Fichas de Indicadores	41
Anexo 4 – Sugestão de Ferramenta para o Apoio à Elaboração do Plano de Ação para Implementação do NIR – Modelo 5W2H	49

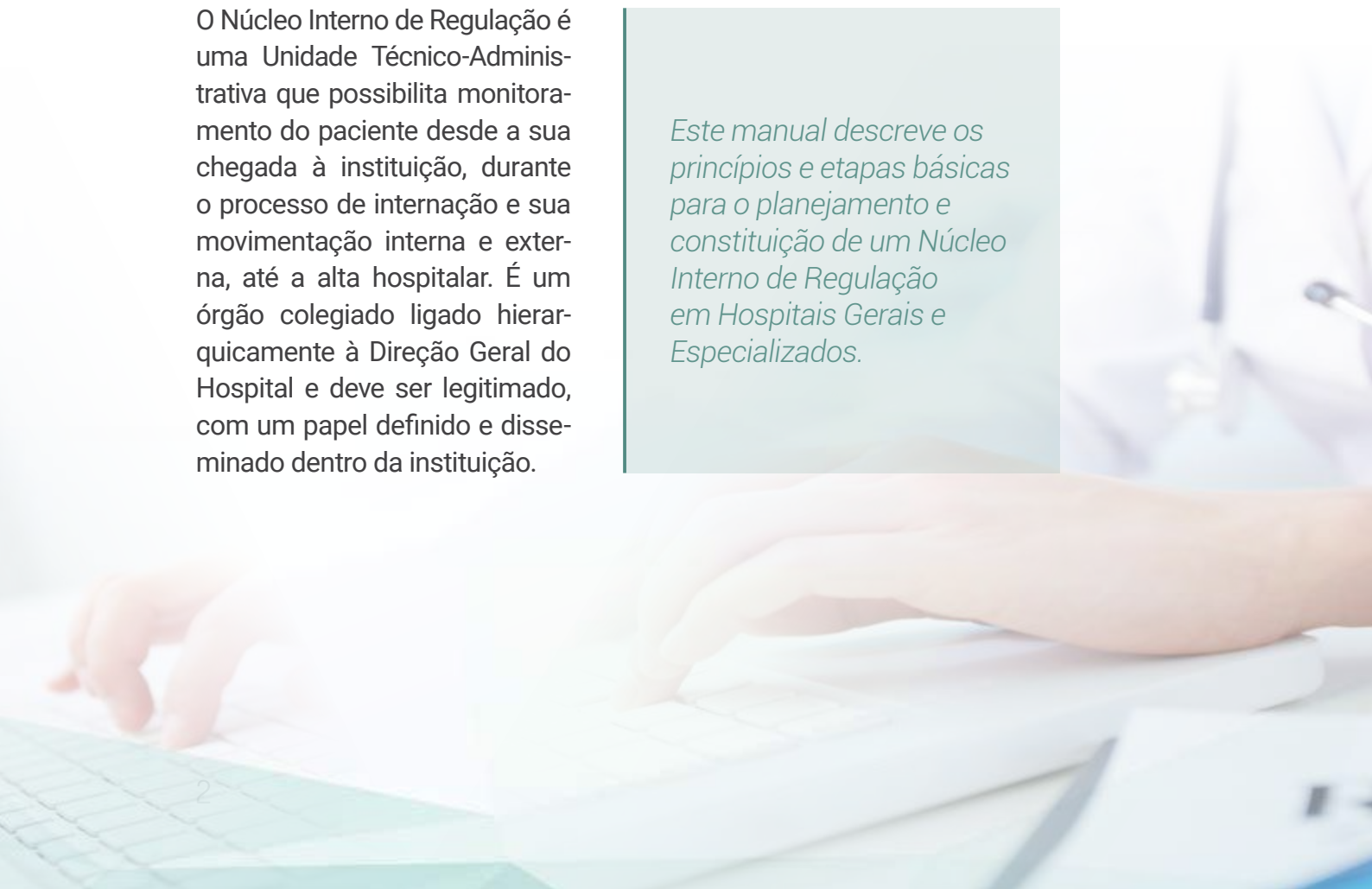
CAPÍTULO 1

Introdução

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria N° 3.390, de 30 de dezembro de 2013 em seu Art. 5º, inciso XIV, define e determina a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, que deverá realizar a interface com as Centrais de Regulação; delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos e protocolos que deverão ser instituídos pelo NIR. Além disso, deve buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário, conforme pactuação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O Núcleo Interno de Regulação 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 deve ser legitimado, com um papel definido e disseminado dentro da instituição.

Este manual descreve os princípios e etapas básicas para o planejamento e constituição de um Núcleo Interno de Regulação em Hospitais Gerais e Especializados.



CAPÍTULO 2

Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Apresentar um modelo que subsidie o gestor hospitalar a implantar o Núcleo Interno de Regulação (NIR) para apoio da Gestão de Leitos, demais ofertas e para propiciar a interface com a Regulação de Acesso, por meio de um manual, com o passo-a-passo que permita a sua implantação e implementação.

2.2. Objetivos Específicos

- ▶ *Promover diretrizes que norteiem os gestores na implantação e implementação do NIR;*
- ▶ *Dar subsídios técnicos para a elaboração do Regimento Interno e constituição da equipe do NIR;*
- ▶ *Orientar a realização da Gestão de Leitos Intra-Hospitalares;*
- ▶ *Dar subsídios técnicos para realização de ações que qualifiquem o cuidado, a partir das informações advindas do monitoramento da Gestão de Leitos.*

2.3. Principais Atribuições

A implementação do NIR precisa ser entendida como projeto importante e permanente dentro do planejamento estratégico. Os hospitais são instituições complexas, com rotinas e culturas organizacionais muito enraizadas. O NIR certamente precisará confrontar muitas dessas concepções e, invariavelmente, resistências às mudanças devem ser esperadas.

Para obtermos sucesso na implantação do NIR é necessário que haja um sinergismo entre o que a instituição dispõe de melhor com o que é preconizado pelo NIR, sempre com o apoio irrestrito da alta liderança, gerentes, coordenadores, etc. Desta forma, iremos minimizar as eventuais resistências e introduzir gradativamente a cultura da eficiência no âmbito hospitalar. Sendo assim, constituem como principais atribuições do NIR:

- ▶ *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 mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação de terapia cirúrgica e a realização do procedimento;*
- ▶ *Auxiliar a gestão quanto ao controle e o uso racional de Órteses, Próteses e Materiais Especiais;*
- ▶ *Estabelecer e ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar;*
- ▶ *Induzir a implantação dos mecanismos de gestão da clínica tais como Kanban, Projeto Terapêutico Singular, Gestão da Fila;*
- ▶ *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;*
- ▶ *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 e quando o Hospital dispor de Núcleo de Acesso a Qualidade – NAQH pauta-lo sobre o padrão de utilização de ofertas para tomada de decisão estratégica;*
- ▶ *Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento, na proposição e atualização de protocolos/diretrizes clínicas e terapêuticas e protocolos administrativos.*

CAPÍTULO 3

Estrutura de Recursos Humanos

O Núcleo Interno de Regulação precisa ser dimensionado de acordo com o trabalho e grau de atuação que se espera dele.

Não existe regra rígida de como compor um NIR, mas se recomenda que funcione 24h (07 dias por semana) e tenha uma estrutura mínima composta por 1 Médico Horizontal ou Diarista, 1 Enfermeira diarista e 1 Assistente social.

Esta célula básica seria o suficiente para iniciar o trabalho, ao menos em termos de concepção e organização, podendo ser alterada conforme necessidade detectada durante a sua implantação, conforme anexo 1.

Para executar todas as atividades propostas, o NIR precisará do apoio de profissionais de outros setores do hospital, como coordenadores de unidade para alinhamento de rotinas e processos, do departamento de informática para coleta e processamento de dados dos indicadores, dos colaboradores para aplicação dos protocolos administrativos e médico-assistenciais, etc.

Hospitais de maior porte geralmente demandam maior número de recursos humanos atuando exclusivamente no NIR, de acordo com sua complexidade e tamanho da capacidade instalada. Nesses casos, é comum a inclusão de colaboradores administrativos e maior número de médicos e enfermeiros em dedicação exclusiva, pois há grande demanda de trabalho de regulação e manejo de leitos em tempo real. Para um hospital menor, entretanto, estruturas mais enxutas, porém bem organizadas, podem gerar bons resultados; de qualquer forma, é preciso adequar a expectativa e o escopo de atuação com os recursos humanos que estarão disponíveis para o trabalho.

CAPÍTULO 4

Os Três Pilares do NIR

Ainda que possa haver grande variabilidade no escopo e nas ações do NIR entre hospitais gerais, existem três grupos de atividades que são fundamentais para otimizar o uso da capacidade instalada do hospital:



Práticas de Regulação

São atividades transversais de regulação do acesso realizadas pelo NIR, de forma articulada com os pontos de atenção e as Centrais de Regulação com o intuito de otimizar os recursos assistenciais disponíveis na unidade hospitalar.



Articulação com a RAS

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



Monitoramento

Avaliação de indicadores, do fluxo do paciente e de casos de permanência prolongada.



Figura 01
Os três Pilares do NIR

Abordaremos neste manual a implementação desses 3 pilares básicos e a rotina a eles relacionada. O seu pleno estabelecimento permitirá, então, desenvolver outras ações relacionadas com necessidades específicas de cada hospital geral e especializado.

4.1. Práticas de Regulação

As práticas de regulação consistem em atividades que articulem o NIR e os pontos de atenção da RAS, de modo a definir, organizar e acompanhar o fluxo dos usuários e o acesso às ações e serviços de saúde. É extremamente importante o estabelecimento de uma rede de comunicação entre o NIR e as Centrais de Regulação (Ambulatorial, Hospitalar e de Urgência) para efetivar o acesso do usuário em tempo oportuno e adequado ao recurso necessário.

Neste sentido, a capacidade instalada do hospital precisa ser utilizada de forma racional e adequada, beneficiando o maior número de pacientes em um determinado período. Quando falamos em regulação do acesso, estamos dizendo que é importante selecionar e alocar corretamente o paciente no recurso hospitalar que contemple as suas necessidades. Isso vale para a estrutura de internação hospitalar e para a estrutura ambulatorial de especialidades médicas, bem como a complexidade tecnológica a elas associada.

O desperdício de capacidade instalada pode resultar de simples ociosidade ou por encaminhamento inadequado (alocar o paciente para re-

curso que não contempla a sua necessidade). Essa última situação é, frequentemente, uma das causas de ineficiência do uso da capacidade instalada e de risco a segurança dos pacientes. Um paciente grave que necessite de recursos de terapia intensiva terá seu tratamento adiado se for alocado em um leito de enfermaria clínica e, até que o erro seja corrigido, correrá risco adicional pela insuficiência de recursos na estrutura em que foi alocado. De forma semelhante, um paciente que necessite de procedimento vascular de urgência, devido a uma trombose arterial aguda, pode acabar tendo o membro amputado se for internado em um hospital sem equipe de cirurgia vascular. Nessas situações, acabamos consumindo o recurso sem resolver o problema de saúde do usuário, muitas vezes ainda agravando sua situação.

Passo a passo para implantação e articulação da equipe

Antes da implantação do NIR é necessário organizar os processos internos de trabalho e o acesso à capacidade instalada hospitalar. Para isso é necessário:

- ▶ *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, cuidados e as transições de cuidados 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..*



4.1.1. Complexidade de Atendimento Disponível – Capacidade Instalada

Os hospitais possuem perfil de complexidade muito variável, conforme os recursos diagnósticos e terapêuticos de que dispõe. Normalmente, não estão aptos a tratar todas as condições dos pacientes que procuram atendimento espontaneamente na sua principal porta de entrada, o setor da Emergência.

O NIR precisa responder à pergunta:

“ O que podemos e o que não podemos tratar no nosso hospital? ”

Para achar essa resposta, precisamos considerar:

► **Equipes especializadas e qualificação do Corpo Clínico**

Que especialidades médicas trabalham no hospital e qual suporte multidisciplinar existe. Definir que especialidades internam ou apenas consultam no ambulatório, se os especialistas do ambulatório dão apoio aos médicos dos setores para o cuidado especializado dos pacientes internados, em que dias da semana ou turnos temos a disponibilidade de tais serviços, etc. Definir, também, quais doenças o corpo clínico está ou não apto a tratar e quais os medicamentos disponíveis.

► **Complexidade tecnológica**

Mapear quais recursos diagnósticos e terapêuticos estão disponíveis na unidade hospitalar para que os profissionais possam tratar as doenças específicas. Caso contrário, teremos desperdício de mão de obra qualificada, consequentemente de recursos financeiros e prejuízo para o paciente.

A partir do mapeamento desses itens, podemos definir critérios de elegibilidade para internação e/ou encaminhamento para o centro de referência conforme pactuação na RAS. Esses critérios deverão ser incorporados aos protocolos institucionais de internação que abordaremos adiante.

4.1.2. Gravidade dos Pacientes

Definida a complexidade de atendimento que podemos oferecer aos pacientes, precisamos definir como alocar os pacientes graves nos locais mais adequados do hospital. Entenda-se por paciente grave o paciente instável, com risco potencial de deterioração clínica e que demanda cuidados frequentes e/ou intensivos.

Existem diversos escores de alerta precoce e de avaliação objetiva da gravidade do paciente, a exemplo do escore MEWS (*Modified Early Warning Score – referência disponível ao final do manual*), cuja discussão pormenorizada vai além do escopo deste manual. Esses escores podem ser consultados como base para a definição de critérios objetivos de estabilidade clínica. Em geral, esses critérios contemplam valores de sinais vitais, medidas de glicemia capilar e de saturação periférica de oxigênio, sinais de esforço ventilatório, avaliação do nível de consciência, uso de oxigênio suplementar, entre outros.



4.1.3. Padronizar as Transições de Cuidado entre Unidades com Ferramentas de Gestão da Clínica

É importante esclarecermos o conceito de gestão da clínica, aqui colocada como ferramenta de gestão na perspectiva de melhoria de qualidade e do controle dos seus determinantes, com foco na eficiência e na efetividade.

Tendo em vista que a Organização Mundial da Saúde – OMS reconhece a necessidade de criarmos mecanismos de eficiência no setor saúde, que possam controlar o avanço dos gastos devido ao aumento crescente de demanda e de consumo de tecnologias, de forma a considerar a eficiência e a eficácia dos serviços prestados e com base em modelos internacionais que tem como premissa a universalidade do direito e do acesso, os quais propõem a integralidade do cuidado, na busca do gerenciamento clínico como caminho para se obter melhor performance dos serviços de saúde.

Nessa perspectiva o Sistema Único de Saúde (SUS) tem avançado, a partir de estratégias de qualificação que com bases nessas premissas e na busca por ofertar melhor serviço ao usuário tem pouco a pouco tentado implementar e capacitar profissionais para isso, propomos soluções combinadas onde seja possível melhorar desde as práticas clínicas, transformando-as em seguras, ao mesmo tempo em que se produz melhorias nos sistemas de saúde, redesenhando a rede de atenção à saúde, implementando modelos de regulação que se adequem às regiões, utilizando conceitos de linhas de cuidados e da clínica ampliada para dentro dos espaços assistenciais. Incluindo toda a equipe multiprofissional na elaboração e discussão do projeto terapêutico do usuário dos serviços de saúde. Além da inserção de diversos dispositivos no âmbito da gestão hospitalar, dando ênfase a: implantação do acolhimento com classificação de risco; inserção de equipes de referência, com escala horizontal nos diversos setores do ambiente hospitalar; implantação dos núcleos de segurança do paciente; implantação de colegiados de gestão e grupos técnicos de humanização; implantação de equipes de gestão e controle de permanência, com a implementação por exemplo do método Kan Ban; criação de núcleos de educação permanente; protocolos clínicos e administrativos, além da implantação do NIR, objeto desse manual.

Após definirmos objetivamente os critérios de internação, conforme a complexidade, bem como os critérios de gravidade, recomendamos a institucionalização de protocolos, a fim de padronizar e homogeneizar a transição de cuidados entre as unidades do hospital.

É imperativo que se desenvolva ao menos um protocolo de internação que contemple a transição de cuidados do setor da Emergência para as demais unidades. Recomendamos a Padronização e uso de Protocolos na transição entre áreas, como por exemplo: transição da UTI para enfermaria clínica e vice-versa; sala de recuperação cirúrgica para enfermaria cirúrgica, etc.

Os protocolos devem possuir critérios objetivos que permitam classificar e alocar corretamente os pacientes para os locais com recursos adequados para as necessidades da sua patologia e da sua gravidade clínica. Dessa forma, evita-se desperdício de uso da capacidade instalada, e promovemos um tratamento mais seguro, eficaz e resolutivo.

Para que funcionem na prática, esses processos precisam ser compreendidos por todos os colaboradores, por isso sugerimos que sejam elaborados e discutidos em conjunto com os profissionais que o utilizarão, para o empoderamento e maior adesão.

É necessário a interação com a alta liderança e coordenações das áreas, a capacitação dos profissionais envolvidos e que sejam realizadas revisões periódicas. Sugerimos que a sua aplicação, na prática, seja realizada pela equipe de multiprofissional.

Ressalta-se a importância do alinhamento entre os coordenadores dos setores envolvidos com o cuidado, de forma a propiciar o trabalho integrado. É preciso fomentar a padronização da assistência por meio de protocolos médico-assistenciais e administrativos, bem como da prescrição e evolução médica, emissão de Autorização para Internação Hospitalar (AIH) e outros documentos pertinentes.

Devem contribuir para o Controle de Infecção Hospitalar (CIH) e Segurança do Paciente através da inclusão de protocolos de prevenção de eventos adversos, precauções de contato e isolamento para situações específicas, além das seis (6) metas internacionais recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Abaixo, temos um exemplo genérico do processo de internação de pacientes a partir do setor da Emergência e de um protocolo de transição de cuidados entre unidades:

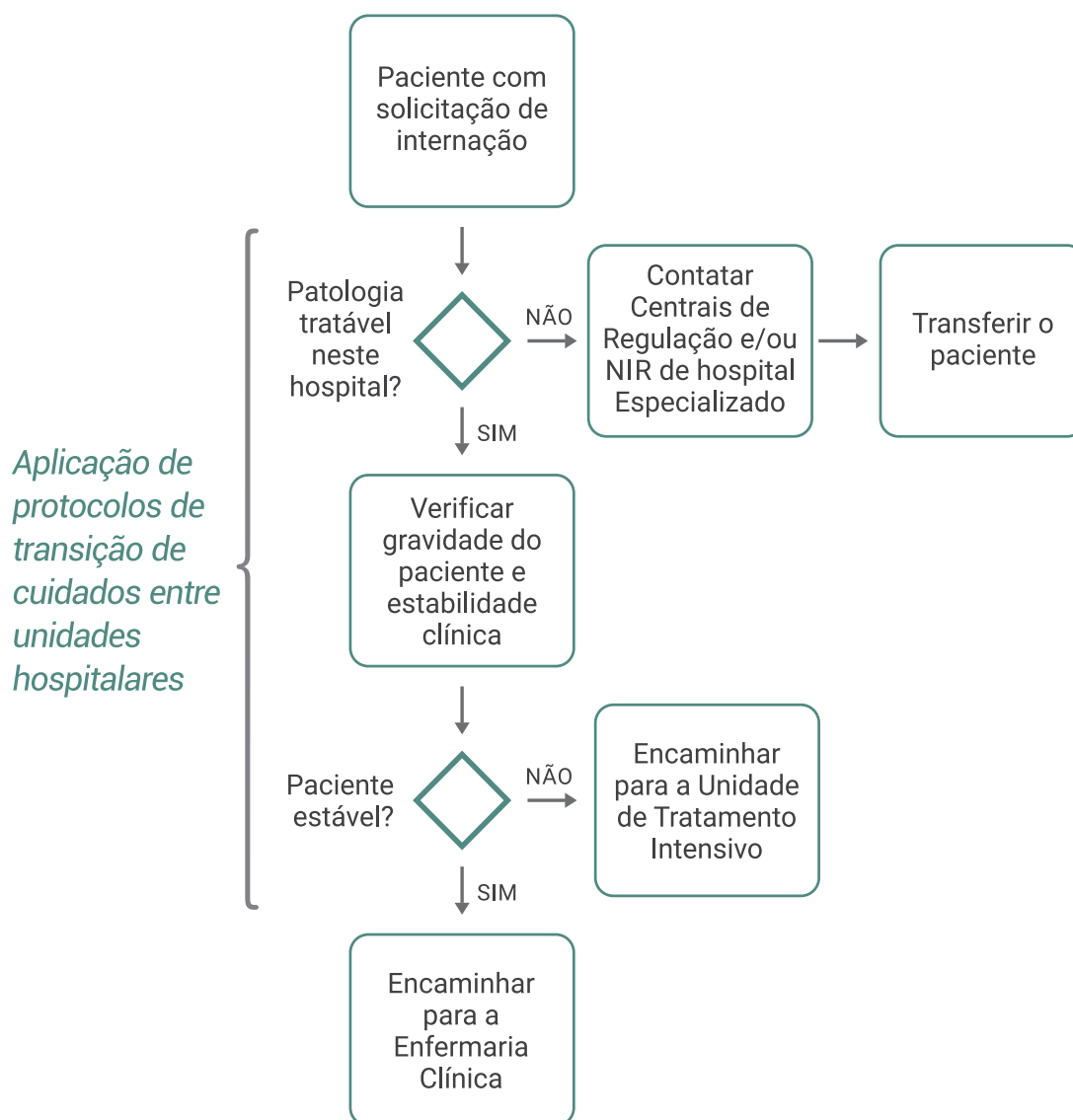


Figura 02

Sugestão de modelo de fluxo para o processo de internação hospitalar a partir da Emergência, conforme pactuação com a regulação do acesso hospitalar e RAS.

	Núcleo Interno de Regulação (NIR) PROTOCOLO DE SINAIS VITAIS TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES ENTRE UNIDADES DO HRES RECEPÇÃO DE PACIENTES EXTERNOS TRANSFERIDOS
---	---

A ser preenchida pelo Enfermeiro da Emergência **antes** da transferência do paciente para a Unidade de Internação (UI) ou pelo Enfermeiro na admissão de pacientes externos:

NOME DO PACIENTE: _____

1 - **Sexo:** ☐ Masculino ☐ Feminino

2 - **Impressão diagnóstica:** _____

3 - **Horário dos últimos sinais vitais:** _____

HGT: _____ (60 a 400md/dL) PAS: _____ (90 a 180mmHg) Tax: _____ (34 a 41)

PAD: _____ (60 a 120mmHg) FC: _____ (50 a 120bpm) FR: _____ (até 28irpm)

SaO2: _____ (> 94% se hipoxemia aguda ou > 90% se hipoxemia crônica)

4 - **Uso de O2:** ☐ Não ☐ Sim → qual suporte?: ☐ Óculos Nasal ☐ Venturi ☐ Hudson

5 - **Esforço respiratório:** ☐ Não ☐ Sim

6 - **Sensório agudamente alterado, irresponsividade a estímulos ou Glasgow inferior a 8?**

☐ Não ☐ Sim

7 - **O paciente:**

1. Permaneceu mais de 24h em UPA/Emergência

☐ Não ☐ Sim

2. Realizou procedimento invasivo (SVD, CVC, cateterismo) em outra instituição

☐ Não ☐ Sim

3. Permaneceu internado por mais de 24h no último mês em outra instituição

☐ Não ☐ Sim

4. É institucionalizado (lar geriátrico, clínica)

☐ Não ☐ Sim

5. Tem história de germe resistente (mesmo não comprovado)

☐ Não ☐ Sim

6. Necessita isolamento respiratório (TB, Herpes Zoster)

☐ Não ☐ Sim

Havendo **sim** para um desses itens, instalar precaução de contato/aerossol em quarto privativo ou coorte e coletar swab de vigilância conforme protocolo específico.

Figura 03

Formulário modelo para dados iniciais dos pacientes, a partir da Emergência.

4.2. Relacionamento Interno e Externo (Articulação com a RAS)

Após ter organizado o acesso a sua capacidade instalada e padronizado os fluxos de pacientes dentro da instituição, o NIR está apto a exercer o papel de interlocutor entre o hospital e as Centrais de Regulação e demais instituições de saúde da Rede. Não podemos esquecer que o objetivo final de todo o trabalho é beneficiar o maior número possível de pacientes, aumentando a oferta não só pela qualificação do acesso, mas também das indicações de transferências entre instituições.

É importante destacar que a Política Nacional de Atenção Hospitalar traz o conceito de alta responsável como um 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 da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica e implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na Rede de Atenção à Saúde-RAS.

Desta forma é de fundamental importância o apoio do NIR para discussão e implementação da proposta da Alta responsável, como dispositivo para articulação dos processos de trabalho das equipes, gestores e redes de atenção à saúde, visando a integralidade e continuidade do cuidado em saúde dos usuários nos territórios.

Um exemplo de formulário usado no processo de alta responsável adotado em hospital terciário no interior do Estado de São Paulo está disponível ao final do manual, no anexo 2.

Cabe ainda citar que o NIR deve participar dos Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), descritos também na portaria da Política Nacional de Atenção Hospitalar. Esse outro núcleo é composto por profissionais das diversas áreas do hospital e de representantes da gestão, com a finalidade de garantir a qualidade da gestão do serviço de urgência e emergência e dos leitos de retaguarda às urgências e a interlocução com a RAS.

4.2.1. Centrais de Regulação

O NIR deverá desenvolver uma relação direta, frequente e esclarecedora junto às Centrais de Regulação Hospitalar. Um dos desafios enfrentados por essas Centrais, municipais e estaduais, é o de obter informações claras e apuradas sobre os pacientes que precisam ser transferidos entre as instituições da rede. Muitas vezes, nem mesmo um censo de leitos da região regulada consegue ser apurado com exatidão e em tempo hábil.

O NIR deve filtrar (esclarecendo com o médico-assistente em situações de dúvida quanto a determinados encaminhamentos, repassando uma informação clara para a Central de Regulação) bem como monitorar as solicitações de transferência externa, utilizando seu relacionamento mais próximo à Central de Regulação para sinalizar casos que precisam de resolução com brevidade e devem ser priorizados.

Por fim, o NIR deve ainda informar o censo de leitos local periodicamente, disponibilizando leitos de internação, sempre que possível, para pacientes de outras instituições da Rede. Precisa, ainda, delinear claramente os critérios de elegibilidade para essas admissões conforme o perfil assistencial do hospital.

4.2.2. Outras Instituições

O relacionamento direto com o NIR de outros hospitais é uma atividade importante que precisa ser desenvolvida para a troca de experiências bem como a criação e alinhamento de fluxos específicos.

Mais do que isso, dessas relações podem surgir parcerias para compartilhamento de recursos diagnósticos e terapêuticos. Como exemplo, vamos considerar dois hospitais gerais com limitações de recursos para exames diagnósticos. O hospital A possui tomógrafo mas carece de ecocardiografia; enquanto que o hospital B possui ecocardiografia mas não dispõe de um aparelho de tomografia computadorizada. O NIR de ambos hospitais podem encontrar aqui a solução para esperas prolongadas de transferência, bastando alinhar um fluxo específico de pacientes entre as instituições para realização desses exames.

Essa mesma lógica pode ser expandida para cirurgias menores, consultas especializadas, etc. Para ilustrar, imagine um hospital geral que não conte com equipe especializada em urologia e tenha dificuldades em transferir pacientes com obstrução aguda do trato urinário por cálculos renais. Agora, imagine na mesma cidade um hospital especializado, com médicos residentes em urologia que estão ociosos, que não podem realizar esses procedimentos pois a superlotação da Emergência obrigou a disponibilização dos leitos da urologia para pacientes de outras especialidades. Então, considere que o NIR do hospital geral organize um fluxo para realização do procedimento no hospital especializado, com retorno do paciente para o hospital de origem logo após a sua realização, sem utilizar a estrutura de enfermaria cirúrgica do hospital especializado. Nesse tipo de situação, beneficiaríamos o paciente, os hospitais, e as equipes assistenciais envolvidas.

4.3. Monitoramento

Como toda ferramenta de gestão, o NIR também precisa mensurar o resultado de suas ações (efetividade e eficiência). É através do monitoramento de indicadores que saberemos o desempenho real do NIR e poderemos identificar áreas com oportunidade de melhoria.

Um indicador deve gerar uma informação relevante para o processo de gestão e planejamento, precisa ser claro, objetivo e derivado de dados confiáveis.

Muitos hospitais gerais ainda não contam com sistemas de informação internos totalmente informatizados, e a obtenção dos indicadores, nesse contexto, pode tornar-se trabalhosa e difícil, dependendo da estrutura de recursos humanos que o NIR apresenta. Por isso, sugerimos que se comece com poucos indicadores, aqueles que são essenciais e que podem ser obtidos mais facilmente e com dados confiáveis.

Podemos dividir os indicadores relevantes para o NIR em 2 grupos principais: os de processo e os de resultado.

As fórmulas para cálculo dos indicadores citados aqui podem ser consultadas no Anexo 3 – Fichas de Indicadores.

4.3.1. Indicadores de Processos

Após padronizar o fluxo de pacientes no hospital, é importante saber se, de fato, esses processos estão ocorrendo de forma eficiente e correta. 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. Podemos aqui, também, observar se os protocolos em si estão sendo aplicados e mensurar a adesão dos colaboradores.

Importante salientar que, antes de mensurar esses indicadores, é importante ter o processo mapeado, com as equipes capacitadas na sua execução. Como exemplo, podemos citar:

▶ **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. Processos de admissão homogêneos deverão apresentar tempos adequados dentro de uma estimativa real de sua duração. A transferência do paciente da Emergência para a Enfermaria Clínica revela-se um processo complexo, onde diversas etapas acontecem com a interação de vários colaboradores do hospital, desde o médico até administrativos. A redução nesse tempo pode sensivelmente reduzir a superlotação na Emergência.

▶ **Tempo para efetivação de alta hospitalar**

Mensura o tempo decorrido da definição médica de alta do paciente até a desocupação do leito. A redução nesse indicador gera um aumento virtual da capacidade instalada, ao aumentar o giro de leitos e sua oferta para novas admissões. Alguns hospitais ainda mensuram o horário da alta hospitalar; estimula-se as equipes a promoverem a alta no turno da manhã, permitindo que à tarde um novo paciente já ocupe o mesmo leito. Cabe o cuidado de mensurar e avaliar com cautela essa questão, uma vez que o fato do paciente receber a alta não implica na imediata desocupação do leito, e outros fatores costumam estar presentes nesta etapa. Novamente, um mapeamento preciso do processo poderá auxiliar no uso da informação gerada a partir dos dados do indicador.

▶ **Tempo para higienização do leito**

Compreende o tempo decorrido desde a saída física do paciente até o momento de liberação do leito já higienizado. A exemplo do indicador anterior, a redução da duração dessa etapa também aumenta a oferta real de leitos para novas admissões.

▶ **Tempo de intervalo entre cirurgias**

A redução nos tempos de transferência do paciente para a Sala de Recuperação e higienização da sala cirúrgica aumenta a disponibilidade da mesma para novos procedimentos, expandindo o número de cirurgias possíveis para um determinado período.

4.3.2. Indicadores de Resultado

Esses são os indicadores que mostram o efeito real das ações que serão desencadeadas pelo NIR, e muitos refletem o funcionamento global do hospital. Enquanto os indicadores de processo mensuram a eficiência das atividades desenvolvidas, os indicadores de resultado irão apontar se essas atividades são de fato eficazes no cumprimento dos seus objetivos.

Quando falamos em resultado, podemos ainda subdividir esses indicadores em **produção e desempenho**.

Produção diz respeito ao uso da capacidade instalada e ao número de atendimentos. Indicadores de produção básicos incluem:

- ▶ *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*

Os indicadores de produção nos mostram, em última análise, se a capacidade instalada está sendo adequadamente utilizada, indicando desperdício por ociosidade da estrutura quando estiverem abaixo da sua meta. Ainda, indicadores muito elevados podem indicar um excesso de demanda para a oferta, principalmente se os indicadores de desempenho (descritos abaixo) estiverem adequados.

Os indicadores de desempenho, portanto, mostram se a capacidade instalada está sendo utilizada de forma eficiente. Como exemplo, podemos citar:

- ▶ *Tempo médio de permanência em leito de internação;*
- ▶ *Taxa de pacientes residentes no hospital (permanência superior a 90 dias);*
- ▶ *Índice de renovação (giro de leitos);*
- ▶ *Índice de intervalo de substituição (intervalo de substituição de leitos);*
- ▶ *Giro de salas cirúrgicas (cirurgias no período/número total de salas).*



Melhorar o desempenho do fluxo do paciente no hospital, levando em consideração a aplicação de melhores práticas médico-assistenciais bem como promovendo processos administrativos organizados e eficientes, será fundamental para reduzir a superlotação no setor da Emergência.

Precisamos destacar que o NIR, sozinho, não poderá intervir em cada ponto dessa cadeia complexa de serviços de assistência em saúde; não obstante, deve organizar a análise e compartilhar as conclusões com a direção técnica e administrativa. Essas informações serão indispensáveis na concepção e controle dos planos de ação que precisarão ser implantados para otimizarmos o uso da capacidade instalada.

Os exemplos de indicadores aqui citados incluem os que usualmente são utilizados para o processo de gestão. Contudo, nada impede que outros indicadores sejam criados, conforme as particularidades de cada instituição e do contexto em que estão inseridas. Basta lembrar, sempre, que o indicador precisa ser de fácil obtenção, acurado e relevante para a avaliação do processo.

Abordar em detalhes a gestão de processos que está além do escopo deste manual, mas sugerimos o uso de ferramentas gerenciais específicas, como os ciclos de PDCA (*Plan, Do, Check and Act*) para implantação das mudanças. Como os processos costumam depender de diversos colaboradores e são geralmente complexos, recomenda-se também não implementar muitas mudanças simultaneamente pois o resultado de uma intervenção modifica toda a cadeia de processos. Nesses casos, múltiplas alterações concomitantes podem anular as melhorias esperadas, pois elas foram elaboradas considerando apenas a formatação original do processo em questão.

CAPÍTULO 5

Rotina do NIR

A rotina básica esperada do NIR é descrita abaixo. Rotinas mais específicas precisam ser desenvolvidas conforme as características de cada hospital. Não abordaremos rotinas relacionadas à gestão de agendas de bloco cirúrgico e ambulatoriais, pois essas atividades são difíceis de serem contempladas por um NIR composto apenas pela estrutura básica. De qualquer forma, a rotina básica é válida para todos os leitos, clínicos ou cirúrgicos.

É esperado que o NIR passe a ter controle total sobre os leitos do hospital. Esse controle é necessário pois haverá necessidade de centralizar a forma de atender à demanda de novas admissões e de transferências internas entre as unidades. Aqui, destacamos o papel do enfermeiro operacional: sua função primordial é a gestão em tempo real dos leitos livres. Ele deve autorizar as novas admissões das reservas solicitadas, as trocas e os bloqueios necessários conforme a demanda e disponibilidades; deve acompanhar diariamente o censo hospitalar e ajustar a disposição dos pacientes na grade de leitos, de forma a promover um uso mais eficiente dos leitos disponíveis.

O conhecimento em tempo real do censo hospitalar permite, também, oferecer com maior frequência os leitos de internação para as centrais de regulação municipais e/ou regionais. Esse censo precisa ser informado diariamente para o ente regulador. O médico ligado ao NIR deve ser a referência para a discussão e aceite dos casos externos; na sua ausência, um médico assistente das equipes especializadas deve ser indicado para exercer essa função.

Além de atualizar o censo e ajustar a disposição das novas admissões ou transferências entre as unidades, precisamos monitorar os casos que demandam transferência para fora do hospital ou recursos diagnósticos/terapêuticos não disponíveis na instituição. Também é função do NIR monitorar e facilitar a resolução de internações prolongadas, acionando as equipes multidisciplinares e outras estruturas de apoio necessárias.

Recomendamos que o NIR tenha o seu round diário, onde o enfermeiro operacional irá discutir com o médico coordenador e/ou médicos reguladores os casos de transferência externa e internações prolongadas, definindo planos de ação para esses pacientes. A realização do round é importante para alinhar toda a equipe acerca das situações e ações necessárias, definindo tarefas específicas que deverão ser executadas até o dia seguinte. Sugerimos reservar pelo menos 30 minutos na rotina diária, sempre no mesmo horário, para essa discussão de equipe.

Principais atividades do NIR:

- ▶ Coordenar o trabalho de regulação intrahospitalar;
- ▶ Controlar diariamente a disponibilidade de leitos;
- ▶ Monitorar o tempo médio de permanência de cada paciente;
- ▶ Constituir a interface entre hospital e Central de Regulação;
- ▶ Monitorar o fluxo de informações entre a Central de Regulação e o hospital;
- ▶ Organizar e acompanhar indicadores;
- ▶ Elaborar relatórios mensais para discussão em colegiado/comissões.



Figura 04
Visão geral do funcionamento de um NIR

CAPÍTULO 6

Passo a passo para Implantação do NIR

Oficina para definição do escopo do NIR

O objetivo da oficina é definir as atribuições e as ações pertinentes ao NIR em construção conjunta com os atores relevantes do processo de regulação interna e externa a unidade hospitalar. Importante que participem dessa etapa a alta liderança da instituição hospitalar e também da regulação, que têm poder de decisão para o empoderamento das ações definidas.

O Público desta oficina deverá ser composto por profissionais que vão compor o NIR; Direção do Hospital; Coordenação/Pessoal estratégico das Unidades de Internação; Coordenação da Emergência; Representação da Assistência Social; Direção/Coordenação de Enfermagem e Médicos; Representantes da Regulação (Estadual e/ou Municipal).

Deverão ser formados grupos para definir perguntas básicas relacionadas ao modelo que será adotado para o NIR, como por exemplo: O quê? Quem? Como? Onde? A composição dos grupos, deverá considerar critérios para a maior diversidade possível de profissionais e setores envolvidos.

A dinâmica pode ser a Técnica da Visualização Móvel (Tarjetas) onde cada participante anota em uma tarjeta um critério definido em relação as perguntas e o responsável pela condução da Oficina organiza as ideias. Conforme segue o passo a passo do desenvolvimento da oficina:

▶ **1º Passo: Definição dos Objetivos do NIR:**

1. Defina a importância de uma política interna de regulação para o hospital;
2. Quais as articulações necessárias para essa política?
3. Quais são as atribuições de um grupo/equipe para Gestão Interna de Leitos?
4. Por que é necessário fazer Gestão de Leitos na Instituição?

▶ **2º Passo: Definição das Atribuições do NIR:**

A partir da produção anterior o responsável pela condução da Oficina propõe que cada grupo trabalhe agora na definição das atribuições do NIR, para regulação interna e externa.

Solicitar que cada grupo elenque ao menos cinco atribuições, ou seja, funções/tarefas (uma em cada tarjeta) que podem ser atribuídas ao Núcleo Interno de Regulação.

Após isso as tarjetas deverão ser agrupadas por núcleo de sentido, sendo que cada núcleo de sentido deverá ser identificado ao final como uma atribuição chave para o NIR.

▶ **3º Passo: Planejando as ações para alcançar os Objetivos e Atribuições propostos para o NIR:**

A partir das atribuições chaves elencadas anteriormente, deverá ser trabalhado nos grupos o questionamento do que fazer e que ações de melhoria deverão ser implantadas, para que se alcance os objetivos e cada uma das atribuições propostas.

Para isso poderá ser utilizada uma matriz para Elaboração do Plano de Ação, sugestão de utilização do modelo 5W2H, conforme anexo 4, podendo distribuir as atribuições chaves de forma que cada grupo trabalhe uma ou duas atribuições.

Nessa etapa é muito importante que seja definido prazo, responsáveis por cada ação e indicadores para acompanhamento dos processos de melhoria. Para o sucesso na implantação das Ações do Plano e a adesão de todos os setores envolvidos é de suma importância que a alta liderança da instituição valide as decisões definidas e que acompanhe de perto essa implantação.

▶ **4º Passo: Validação em plenária:**

Ao final a produção de cada grupo deverá ser socializada em plenária para a sua validação de todo conteúdo do Plano de Ação, além de definir prazos para a sua reavaliação e monitoramento que deverá ser constante e periódico.

É importante frisar que o Plano de Ação deverá adotar a metodologia de ciclo de melhoria constante.

▶ **O NIR estará instituído quando houver:**

- 1. Equipe de referência multiprofissional nomeada institucionalmente;*
- 2. Plano de Ação elaborado e em execução;*
- 3. Definição de indicadores prioritários para monitorar os processos do Plano de Ação e os Resultados (Ex: Taxa de Ocupação para monitoramento da superlotação; tempo médio de permanência; giro de leito/rotatividade dos pacientes;*
- 4. Quando houver consonância entre o eixo da regulação interna e da regulação externa;*

CAPÍTULO 7

Conclusão

O NIR é uma instância colegiada, ligada diretamente a Direção do hospital e, portanto, validada por ela. Através do conhecimento das principais patologias que internam no Hospital é possível construir uma tipologia de leitos intra-hospitalares mais adequada à demanda dos hospitais, fugindo da lógica da distribuição de leitos por especialidades. Esta forma de Gestão de Leitos possibilitará uma melhor distribuição das internações, com otimização da utilização dos leitos e consequente redução do tempo médio de permanência hospitalar e redução da superlotação. Espera-se ainda uma melhor interface com a RAS, pactuando Leitos de Retaguarda quando for necessário e controlando a média de permanência e a taxa de ocupação também nestes leitos.

Espera-se, ainda, um melhor gerenciamento das altas e marcação de consultas especializadas, buscando reduzir a procura da Emergência para solução de questões eletivas.

A implantação do NIR certamente irá impactar na melhoria dos processos institucionais, racionalização e uso da capacidade instalada, ampliação do acesso e na promoção de práticas assistenciais seguras na transição do cuidado, garantindo a segurança e qualidade no atendimento prestado ao usuário.

CAPÍTULO 8

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde, Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde, Série A Normas e Manuais Técnicos, 3ª edição, Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS. 2004. Brasília – DF.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.
- _____. Ministério Portaria GM/MS nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília – DF.
- SILVA, S.F. (Org.). Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.
- RODRIGUES, L. C. R.. A regulação no contexto hospitalar enquanto ferramenta gerencial: a compreensão dos profissionais envolvidos / Luciane Cristine Ribeiro Rodrigues. Botucatu, 2013. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu. Orientador: Carmen Maria Casquel Monti Juliani. Capes: 40602001.

- Regimento interno do NIR do Grupo Hospitalar Conceição, 2013.
- CECÍLIO, L. C. O.; COUTINHO, A. A. P.; CARVALHO, A. P. H.; SILVA, A. F.; HAMZE, da F. L.; Batista, L. A. Revista Divulgação em Saúde para Debate. Programa SOS Emergências: uma alternativa de gestão e gerência para as grandes emergências do Sistema Único de Saúde. Núm. 52 - ISSN 0103-4383 - Rio de Janeiro, Cebes. 2014.
- JORGE. A. O.; COUTINHO, A. A. P., CAVALCANTE, A. P. S.; FAGUNDES, A. M. S.; PEQUENO, C. C.; CARMO, M.; ABRAHÃO, P. T. M. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. Núm. 52 - ISSN 0103-4383 - Rio de Janeiro, Cebes. 2014.
- Regimento Interno do Hospital Geral de Roraima, 2014.
- Boaden R, Proudlove N, Wilson M. An exploratory study of bed management. *J Manag Med*. 1999;13(4-5):234-250. doi:10.1108/02689239910292945.
- Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saude Publica*. 2009;25(7):1439-1454. doi:10.1590/S0102-311X2009000700002.
- Forster AJ. The Effect of Hospital Occupancy on Emergency Department Length of Stay and Patient Disposition. *Acad Emerg Med*. 2003;10(2):127-133. doi:10.1197/aemj.10.2.127.
- Kim CS, Spahlinger DA, Kin JM, Billi JE. Lean health care: what can hospitals learn from a world-class automaker? *J Hosp Med*. 2006;1(3):191-199. doi:10.1002/jhm.68.
- Mchugh M, Dyke K Van. Improving Patient Flow and Reducing Emergency Department Crowding : A Guide for Hospitals I. *Improv Patient Flow Reducing Emerg Dep Crowding*. 2011:8.
- NationalAuditOffice. Inpatient Admissions and Bed Management in NHS acute hospitals. *NHS Exec*. 2000;(February):22. http://www.nao.org.uk/publications/9900/inpatient_admissions_and_bed.aspx.
- Proudlove NC. Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments? *Emerg Med J*. 2003;20(2):149-155. doi:10.1136/emj.20.2.149.
- Wilson MJ, Nguyen K. Bursting at the Seams: Improving Patient Flow to Help America's Emergency Departments. *Urgent Matters, Georg Washingt Univ Med Center, Sch Public Heal Heal Serv Dep Heal Policy*. 2004.
- Zucchi P, Bittar OJ, Haddad N. Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 1998;4(5):311-316.

CAPÍTULO 9

Leituras Complementares

1. Ministério da Saúde. Portaria No 3.390, de dezembro de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar. 2013.
2. Ministério da Saúde. Conceitos e Definições em Saúde. 1977.
3. Boaden R, Proudlove N, Wilson M. An exploratory study of bed management. *J Manag Med*. 1999;13(4-5):234-250. doi:10.1108/02689239910292945.
4. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saude Publica*. 2009;25(7):1439-1454. doi:10.1590/S0102-311X2009000700002.
5. Forster AJ. The Effect of Hospital Occupancy on Emergency Department Length of Stay and Patient Disposition. *Acad Emerg Med*. 2003;10(2):127-133. doi:10.1197/aemj.10.2.127.
6. Kim CS, Spahlinger DA, Kin JM, Billi JE. Lean health care: what can hospitals learn from a world-class automaker? *J Hosp Med*. 2006;1(3):191-199. doi:10.1002/jhm.68.
7. Mchugh M, Dyke K Van. Improving Patient Flow and Reducing Emergency Department Crowding: A Guide for Hospitals I. *Improv Patient Flow Reducing Emerg Dep Crowding*. 2011:8.
8. National Audit Office. Inpatient Admissions and Bed Management in NHS acute hospitals. *NHS Exec*. 2000;(February):22. http://www.nao.org.uk/publications/9900/inpatient_admissions_and_bed.aspx.
9. Proudlove NC. Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments? *Emerg Med J*. 2003;20(2):149-155. doi:10.1136/emj.20.2.149.
10. Wilson MJ, Nguyen K. Bursting at the Seams: Improving Patient Flow to Help America's Emergency Departments. *Urgent Matters, Georg Washington Univ Med Center, Sch Public Heal Heal Serv Dep Heal Policy*. 2004.
11. Zucchi P, Bittar OJ, Haddad N. Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 1998;4(5):311-316.

CAPÍTULO 10

Anexos

Anexo 1 | Atribuições dos Membros do NIR

O Núcleo Interno de Regulação deverá ser formado por uma equipe multidisciplinar e realizar monitoramento dos pacientes, desde sua chegada à instituição, durante o processo de internação, movimentação interna e externa até a alta hospitalar e/ou transferência para outra unidade, conforme pactuação entre os serviços que realiza processos de regulação interna e possui interface externa com outros serviços, por meio da regulação hospitalar ou onde não houver, por meio de mecanismos próprios, que deverão ser criados e pactuados na Rede de Atenção às Urgências.

É um órgão colegiado ligado hierarquicamente a Direção do Hospital e deve ser legitimado com seu papel descrito e disseminado em toda a instituição. A sugestão é de que o NIR funcione 24h (07 dias por semana) com no mínimo um (01) Médico (a) Horizontal ou Diarista, um (a) (01) Enfermeiro (a) diarista e um (a) (01) Assistente social, com atribuições distribuídas conforme abaixo:



Das atribuições de cada um dos componentes sugerido:

1. Médico

- ▶ *A partir do início do plantão, todos os dias da semana, deverá acompanhar a avaliação dos pacientes e identificar com as equipes assistenciais aqueles, que tem potencial para a transferência a outros setores da unidade hospitalar e/ou leitos de Retaguarda pactuados na RAS, por meio da avaliação dos dados do Kan Ban e/ou outro instrumento utilizado para gerenciamento dos casos, nas unidades que possuem porta aberta às urgências deverá iniciar esse monitoramento por esse setor, para avaliar a demanda e a partir dessa demanda averiguar as possibilidades;*
- ▶ *Identificar as pendências (avaliações médicas, exames, marcação de cirurgias) e providenciar junto à equipe assistencial a sua resolução;*
- ▶ *Identificar pacientes com critérios de Alta Hospitalar e discutir o caso com a equipe assistente;*



- ▶ *Paciente da Área Vermelha e Amarela que continua com quadro de gravidade e/ou de Instabilidade Hemodinâmica deve ser mantido nesses setores ou encaminhado para a UTI, conforme protocolo pré-estabelecido;*
- ▶ *Pacientes estáveis e dentro dos critérios de transferência devem ser selecionados e encaminhados para os leitos do próprio hospital, hospital de retaguarda pactuado, mediante instrumentos regulatórios, ou para a Alta Hospitalar;*
- ▶ *Deverá intermediar a equipe assistencial na busca e disponibilização de leitos de internação para os pacientes que se encontram de alta da UTI;*
- ▶ *Selecionar pacientes candidatos à transferência para o Hospital pactuado para Retaguarda;*
- ▶ *Regular os leitos disponíveis no próprio hospital de acordo com as especialidades;*
- ▶ *Apoiar a reavaliação dos casos de reinternação dos pacientes que retornaram do Hospital de Retaguarda ou da Internação Domiciliar identificando os motivos que levaram a reospitalização dos usuários, a fim de retroalimentar as equipes em relação ao seguimento ou mesmo para a revisão dos protocolos;*
- ▶ *Realizar a interface entre as especialidades médicas e os setores da unidade hospitalar, a fim de promover as interconsultas de modo mais eficiente e ágil;*
- ▶ *Ampliar espaços de atuação do médico em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional;*
- ▶ *Contribuir com o desenvolvimento do NIR;*
- ▶ *Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR;*



2. Enfermeiro

- ▶ *No início do plantão o enfermeiro do NIR deverá apoiar a equipe assistencial dos diversos setores na avaliação dos pacientes nas observações, a qual deverá ocorrer diariamente e verificar os dados do monitoramento do Kanban, para verificar a viabilidade de serem transferidos para enfermarias, leitos de retaguarda, UTI e ou mesmo de alta para casa ou Serviço de Atenção Domiciliar;*
- ▶ *Interagir com a equipe multidisciplinar assistencial, para aperfeiçoar o processo de transferência;*
- ▶ *Realizar interface entre a Regulação e a equipe da emergência e após a avaliação médica, determinar conjuntamente os usuários elegíveis para ocupação de leitos internos e externos;*
- ▶ *Auxiliar a equipe do NIR na definição, avaliação e priorização dos pacientes na ocupação dos leitos disponíveis internamente e externamente, conforme contato com a regulação e nos casos que não houver regulação com a unidade que possua leitos disponíveis;*
- ▶ *Realizar busca ativa de leitos disponíveis no sistema informatizado ou em visita aos setores da unidade hospitalar;*
- ▶ *Adequar os leitos disponíveis por especialidade e gênero (feminino/masculino);*
- ▶ *Monitorar os leitos atentando para o Tempo Médio de Permanência;*
- ▶ *Identificar e notificar mediante relatório mensal os entraves pertinentes ao processo de transferência e atuação do NIR;*
- ▶ *Alimentar a planilha dos indicadores, conforme levantamento realizado pelo Kanban, a fim de proporcionar dados para a tomada de decisão da Alta Liderança;*
- ▶ *Atuar diretamente no monitoramento do Kanban apoiando a equipe assistencial na avaliação dos dados e no apoio à busca de soluções para a oferta dos serviços necessários aos usuários;*
- ▶ *Ampliar espaços de atuação do enfermeiro em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional;*
- ▶ *Contribuir com o desenvolvimento do NIR;*
- ▶ *Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.*

3. Assistente Social

- ▶ *Abordar e orientar usuários e familiares para as transferências internas e externas;*
- ▶ *Orientar, informar e sensibilizar os pacientes com indicação clínica para os leitos de retaguarda, buscando assinatura do paciente ou seu responsável no Termo de Consentimento para posterior transferência;*
- ▶ *Apoiar e esclarecer toda e qualquer dúvida do usuário e/ou familiar com relação à transferência para os Hospitais de Retaguarda, explicando sobre o funcionamento e normas do Hospital de Retaguarda;*
- ▶ *Realizar investigação social do paciente, nos casos pertinentes;*
- ▶ *Orientar o paciente que o mesmo é responsável pelos seus objetos e documentos pessoais;*
- ▶ *Apoiar no aprimoramento dos canais de comunicação internos e com a Central de Regulação (comunicação externa), através de melhor divulgação de atividades do NIR (murais, ofícios, jornais internos, site etc.);*
- ▶ *Explicar as particularidades da questão social e construir propostas de trabalho capazes de preservar e efetivar direitos dos usuários, conforme legislação específica;*
- ▶ *Participar no cuidado da saúde do indivíduo em sua totalidade Bio-Psico-Social-Espiritual;*
- ▶ *Potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso aos direitos sociais;*
- ▶ *Apoiar junto à equipe de atenção psicológica do hospital questões referentes à necessidade de terapia familiar e individual;*
- ▶ *Ampliar espaços de atuação do Serviço Social em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional;*
- ▶ *Contribuir com o desenvolvimento do NIR;*
- ▶ *Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.*

4. Assistente Administrativo

- ▶ *No início do plantão deve confirmar o quantitativo de vagas nos hospitais de Retaguarda, bem como nos setores do próprio hospital que estão disponíveis para o dia repassando essa informação para o médico regulador do NIR, bem como alimentar o sistema de informações sobre tais dados, conforme o caso;*
- ▶ *Entregar para os médicos reguladores/auditores, conforme o caso cópia do Relatório dos Pacientes internados;*
- ▶ *Enviar os prontuários dos pacientes ao SAME transferidos para o hospital de Retaguarda do dia anterior devidamente protocolado, envelopado e etiquetado. No envelope os papéis deverão estar organizados na seguinte ordem: da primeira folha a última: ficha de atendimento PAAR/PSFE, AIH, Relatório Médico, Cópia do Termo de Consentimento de Transferência para os Hospitais Retaguarda, evolução de enfermagem, evolução dos demais profissionais separados por categoria, resultados de exames laboratoriais, resultados de exames de imagem, pareceres e por último os anexos que vier a existir do paciente e por último os filmes de exame de imagem;*
- ▶ *Alimentar a planilha de dados no computador dos pacientes transferidos para o Hospital de Retaguarda do dia anterior com as seguintes informações: Nome do paciente, Data de nascimento, Nome da mãe do paciente, Número do prontuário, Especialidade médica, Nome do médico assistencial, Total de pacientes que foram transferidos diariamente, Total de pacientes que voltaram para o Hospital de origem diariamente especificando o motivo do retorno;*
- ▶ *Checar no mapa cirúrgico se tem algum dos usuários em monitoramento, para procedimentos cirúrgicos, no dia seguinte;*
- ▶ *Separar a documentação e o prontuário do paciente que irá ser transferidos no dia. A documentação que deve ser enviada para o Hospital Retaguarda com o paciente, que deverá conter: Relatório Médico com o Termo de Consentimento, Cópia dos exames laboratoriais do dia, Cópia dos laudos dos exames de imagem e filmes dos exames de imagem mais recentes, Cópia da prescrição do dia, Cópia da evolução de enfermagem;*

- ▶ *Encaminhar a APAC de exames e/ou procedimento cirúrgico devidamente agendado (data, hora e local) na própria APAC e/ou no papel informativo;*
- ▶ *Agendar os exames e/ou procedimento cirúrgico, que estejam pendentes aos usuários que devem ser transferidos para os leitos de Retaguarda;*
- ▶ *Informar a enfermeira do Hospital de Retaguarda e/ou leitos de internação, o quantitativo e o sexo dos pacientes que serão transferidos para a Retaguarda;*
- ▶ *Contatar o serviço de transporte com agendamento do horário em que o paciente será transferido;*
- ▶ *Certificar que o paciente será acompanhado, durante o traslado, por um técnico de enfermagem, considerando que o paciente foi avaliado pelo médico regulador que constatou quadro estável do paciente;*
- ▶ *Manter no quadro de aviso as pendências e os recados para os demais membros da equipe. Se for urgente, comunicar por telefone;*
- ▶ *Organizar o setor para o dia seguinte, manter tudo no seu devido lugar;*
- ▶ *Contribuir com o desenvolvimento do NIR;*
- ▶ *Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.*



Anexo 2 | Modelo de Formulário Alta Responsável

Hospital XXX			
Alta Responsável			
Nome:		Atendimento:	Estado Civil:
Idade:	Sexo:	Fone:	Cel:
Endereço		Nº:	Compl.:
Bairro:	Cidade:	CEP:	
Admissão ____/____/____	Alta ____/____/____	Dias de internação:	CID:
1) Destino:		5) Orientações de Enfermagem	
☐ Residência		☐ Administração de medicamentos	
☐ Instituição de longa permanência		☐ Manutenção de Dispositivos	
☐ Albergue		☐ Execução Técnica	
☐ Acompanhamento na Rede Municipal		Qual : _____	
☐ Outros: _____		☐ Curativo _____ vezes ao dia	
		☐ Prevenção de UPP	
2) Cuidados Multiprofissionais no pós alta			
☐ Visita Médica Domiciliar		6) Itens Necessários no cuidado	
☐ Fisioterapia		☐ Colchão caixa de ovo	
☐ Fonoaudiologia		☐ Cadeira de rodas	
☐ Psicologia		☐ Cadeira de banho	
☐ Nutrição		☐ Andador/Muletas	
☐ Enfermagem		☐ Aspirador	
☐ Serviço Social		☐ Outros	
☐ Outros: _____			
3) Cuidados de Enfermagem			
PÓS OPERATÓRIO ☐ Sim ☐ Não			
Cirurgia: _____		6) Gestante Alto Risco	
Manutenção de sonda, cateter e/ou cânulas		Encaminhamento para ACEG	
Sondas: ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gastrostomia		☐ Sim agendado: ____/____/____	
instalada em: ____/____/____		☐ Não	
☐ SVD Nº ____ Instalada em ____/____/____		7) Agendamento Puérpera	
☐ Cateterismo vesical intermitente _____ vezes ao dia		☐ Retorno Obstetra	
☐ Traqueostomia ☐ Aspiração de Secreções		☐ Retirada de pontos	
☐ Programação de troca de sondas/cateter/cânula		☐ Retorno Ambulatório Alto Risco	
5) Necessidades no pós alta		8) Agendamento RN	
☐ Oxigenioterapia ☐ Ventilação não invasiva		☐ Teste do Pezinho	
☐ Traqueostomia ☐ Aspiração de Secreções		☐ Retorno pediatra	
☐ Manutenção de Ostomia e bolsa coletora		☐ Vacinação	
☐ Controle de SSVV			
		9) RN- Pré-termo	
☐ Tratamento de Feridas		☐ Agendamento SAIBE ____/____/____	
☐ Retirada de pontos		☐ Calendário Especial de Vacina	
☐ Cuidado com drenos e cateteres		☐ Encaminha/to outra referência	
☐ Outros cuidados: _____		☐ Outros _____	
10) Pacientes Multi - R			
		☐ Seguimento Ambulatorial	
		☐ Continuidade com Antibiótico	
		☐ Controle de exames Laboratoriais	
UNIDADE DE SAÚDE RECEPTORA: _____			

Anexo 3 | Fichas de Indicadores

Nome do indicador	Total de Pacientes-dia
Fórmula de cálculo	<i>Soma dos pacientes-dia no período</i>
Unidade de medida	Pacientes-dia
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Conceituação	Paciente-dia representa o número de pacientes internados durante 1 dia hospitalar em um leito operacional da Instituição¹. O número de pacientes-dia no mês é representado pela somatória de pacientes-dia de cada dia do mês. Para isso, deve-se utilizar o censo 00:00 hora de cada dia. A padronização é preconizada baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria nº312 /2002 do Ministério da Saúde. <u>Definições relacionadas:</u> Leito Operacional: Leito ocupado ou passível de ocupação na Instituição. É calculado pela fórmula: <i>Leitos instalados – leitos bloqueados</i>. Leitos instalados: Todos os leitos de internação da Instituição. Leitos Bloqueados: Leitos que estão impossibilitados de uso por isolamento de contato de paciente ou manutenção.
Numerador	É a somatória de pacientes-dia do hospital no período de um mês.
Denominador	NA
Coleta de dados	Numerador: <u>Passo 1:</u> são contados todos os pacientes internados em cada dia hospitalar através da realização de censo diário. <u>Passo 2:</u> são somados todos os pacientes internados a cada dia no período selecionado. Exemplo: dia 1 = 34 pacientes-dia, dia 2 = 41 pacientes-dia. Neste exemplo, o cálculo do paciente-dia no período de dois dias seria: 34+41 = 75 pacientes-dia. Registro: A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual conforme estrutura disponível na instituição.
Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Diretamente
Meta	Monitoramento
Benchmark	Definir outras instituições de porte semelhante para comparação.
Importância do indicador	Avalia a eficiência da gestão dos leitos operacionais do hospital. Importante para o cálculo de outros indicadores hospitalares.
Interpretação	Queda no indicador indica existência de leitos ociosos acima do esperado, devendo ser analisado o motivo causal deste evento, como problemas de planejamento, dificuldade de internações externas ou dos processos de admissão de pacientes para os leitos de internação a partir do setor da Emergência.
Validação	Se a geração do dado for automática, pode ser validado pela contagem manual <i>in loco</i> de todos os pacientes internados em cada dia do mês no mesmo horário e os resultados de cada dia serão somados no final do mês. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos no Sistema informatizado e na contagem manual. Se a coleta de dados for manual, pode ser validada pela contagem do censo diário de dois avaliadores independentes. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos nas duas contagens. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. Ministério da Saúde. Taxa de ocupação operacional geral (E-EFI-01). V1.01. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2012. 4p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-01.pdf Acesso em: 01/04/2016. 2. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. 32p. (Série A. normas e Manuais Técnicos).
Observações	Siglas: NA: Não se aplica.

Nome do indicador	Taxa de Ocupação Operacional
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Soma do número de pacientes - dia no período}}{\text{Soma do número de leitos operacionais - dia do período}} \times 100$
Unidade de medida	%
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Conceituação	Paciente-dia representa o número de pacientes internados durante 1 dia hospitalar em um leito operacional¹. O número de pacientes-dia no mês é representado pela somatória de pacientes-dia de cada dia do mês. Para isso, deve-se utilizar o censo 00:00 hora de cada dia. A padronização é preconizada baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria nº312 /2002 do Ministério da Saúde. Leito Operacional: leito ocupado ou passível de ocupação na instituição¹. É calculado pela fórmula: <i>Leitos instalados – leitos bloqueados</i>. <u>Definições relacionadas:</u> Leitos instalados: todos os leitos de internação da instituição. Leitos bloqueados: leitos que, mesmo que momentaneamente, estão impossibilitados de uso por isolamento de paciente ou manutenção.
Numerador	É a somatória do número de pacientes-dia do hospital no período de um mês. Ou seja, cada paciente ocupando um leito operacional por um dia, representa 1 paciente-dia.
Denominador	É a disponibilidade de um leito hospitalar operacional por um dia hospitalar durante o período de um mês. Ou seja, se existe 1 leito passível de ser utilizado por um período de 30 dias, representa 30 leitos-dia.
Coleta de dados	Numerador: <u>Passo 1:</u> são contados todos os pacientes internados por cada dia hospitalar através da realização de censo diário. <u>Passo 2:</u> são somados todos os pacientes internados a cada dia no período selecionado. Exemplo: dia 1 = 34 pacientes-dia, dia 2 = 41 pacientes-dia. Neste exemplo, o cálculo do paciente dia no período de dois dias seria: 34+41 = 75 pacientes-dia. Denominador: <u>Passo 1:</u> são contados todos os leitos operacionais por cada dia hospitalar através da realização de censo diário. <u>Passo 2:</u> são somados todos os leitos operacionais a cada dia hospitalar em determinado período. Exemplo: dia 1 = 62 leitos, 2 bloqueados por isolamento, total de leitos operacionais: 62 – 2 = 60 leitos operacionais. Dia 2 = 62 leitos, 1 bloqueado por manutenção, total de leitos operacionais ficaria: 62 – 1 = 61 leitos operacionais A taxa de ocupação, nos exemplos acima, seria calculada da seguinte forma = $\frac{34+41}{60+61} \times 100 = 61,9\%$. Registro: A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual conforme estrutura disponível na instituição.
Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Diretamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (Benchmark).
Benchmark	75% a 85% (QUALISS - ANS 2014) ² . Média anual de 2015: 79,3% (ANAHP, 2016) ³ .
Importância do indicador	Avalia a eficiência da gestão dos leitos operacionais do hospital.
Interpretação	Taxa de ocupação baixa indica existência de leitos ociosos acima do esperado, devendo ser analisado o motivo causal deste evento, como problemas de planejamento, dificuldade de internações externas ou dos processos de admissão de pacientes para os leitos de internação a partir do setor da Emergência.
Validação	Se a geração do dado for automática, pode ser validado pela contagem manual <i>in loco</i> de todos os pacientes internados em cada dia do mês no mesmo horário e pela contagem do número de leitos operacionais. Os resultados de cada dia serão somados no final do mês. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos no sistema informatizado e na contagem manual. Se a coleta de dados for manual, pode ser validada pela contagem do censo diário (paciente-dia e leitos operacionais) de dois avaliadores independentes. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos nas duas contagens. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. Brasil. Portaria n.º 1101/GM, 2002. Parâmetros Assistenciais do SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html Acesso em: 01/04/2016. 2. Ministério da Saúde. Taxa de Ocupação Operacional Geral (E-EFI-01). V1.01. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2012. 4p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-01.pdf Acesso em: 07/04/2016. 3. ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP. 8ed. São Paulo: 2016. 132p.

Nome do indicador	Número de Internações Hospitalares
Fórmula de cálculo	<i>Soma do número de internações hospitalares no período</i>
Unidade de medida	Pacientes
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Numerador	Número de internações durante o período de um mês, em leitos de internação.
Conceituação	O número de internações diz respeito ao número de pacientes admitidos nas Unidades de Internação da Instituição em cada dia. O indicador será a soma de todas as internações do período de um mês. O número de internações reflete em outros indicadores como Paciente-dia e Taxa de Ocupação.
Denominador	Não se aplica.
Coleta de dados	Numerador: <u>Passo 1:</u> são contadas todas as internações diárias em leitos das Unidades de Internação. <u>Passo 2:</u> são somadas todas as internações diárias em leitos das Unidades de Internação no período selecionado. Exemplo: dia 1 = 12 internações, dia 2 = 8 internações. Neste exemplo, o total de internações no período seria de 20 pacientes. Denominador: Não se aplica. Registro: A coleta de dados pode ser realizada de forma informatizada ou manual conforme a estrutura disponível na instituição.
Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Diretamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (Benchmark). Sofrerá influência das metas de Taxa de Ocupação e de Tempo Médio de Permanência.
Benchmark	<u>Para uma Taxa de Ocupação = 80%¹</u> Clínica médica: 56,15/leito/ano Pediatria: 48,66/leito/ano Geral: 48,82/leito/ano
Importância do indicador	Avalia a demanda local e externa por leitos de internação.
Interpretação	Alta progressiva do indicador além da meta pode indicar aumento de demanda local e/ou externa e a necessidade de planejamento de expansão da capacidade instalada do hospital ou desenvolvimento de estratégias de redirecionamento dos pacientes na rede de assistência municipal. Quedas persistentes no indicador podem decorrer da busca da população local por outros serviços de atenção à saúde, limitação diagnóstica e terapêutica do hospital com encaminhamento dos pacientes para outras instituições da rede.
Validação	Pode ser validado pela comparação do número de internações obtidas por contagem manual/informatizada com os dados do faturamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) na alta hospitalar. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos no Sistema informatizado e na contagem manual.
Referência bibliográfica	1. Brasil. Portaria n.º 1101/GM, 2002. Parâmetros Assistenciais do SUS . Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm Acesso em: 01/04/2016.

Nome do indicador	Tempo Médio de Permanência em Leito de Internação
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Soma do número de pacientes - dia no período}}{\text{Soma do número de saídas hospitalares no período}}$
Unidade de medida	Dias
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Conceituação	Este indicador representa a relação numérica entre o total de pacientes-dia num determinado período e o total de saídas (altas) hospitalares no mesmo período. <u>Definições relacionadas:</u> Paciente-dia¹: representa o número de pacientes internados durante 1 dia hospitalar em um leito operacional da Instituição¹. O número de pacientes-dia no mês é representado pela somatória de pacientes-dia de cada dia do mês. Para isso, deve-se utilizar o censo 00:00 hora de cada dia. A padronização é preconizada baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria nº312 /2002 do Ministério da Saúde. ¹Nota: Ver indicador paciente-dia.
Numerador	É a somatória de pacientes-dia do hospital no período de um mês. Ou seja, cada paciente internado ocupando um leito operacional por um dia, representa 1 paciente-dia.
Denominador	É o somatório das saídas hospitalares no período de um mês. Critérios de inclusão: - Alta (curado, melhorado ou inalterado); - Evasão; - Desistência do tratamento; - Transferência externa; - Óbito. Critério de exclusão: - Não há.
Coleta de dados	Numerador: <u>Passo 1:</u> são contados todos os pacientes internados por dia hospitalar através da realização de censo diário. <u>Passo 2:</u> são somados todos os pacientes internados dia-a-dia no período. Exemplo: dia 1 = 34 pacientes-dia, dia 2 = 35 pacientes-dia. Neste exemplo, o número de pacientes-dia seria 34+35 = 69 pacientes-dia. Denominador: <u>Passo 1:</u> são contados todas as saídas hospitalares dos pacientes internados em leitos operacionais¹ durante o período. <u>Passo 2:</u> são somados todas as saídas no período de um mês. Registro: A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual conforme estrutura disponível na instituição.
Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Inversamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (Benchmark).
Benchmark	Média anual de 2015: 4,2 dias (ANAHP, 2016)³. Hospitais de médio porte: 3 a 4 dias (QUALISS – ANS, 2014)⁴.
Importância do indicador	É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional e a boas práticas clínicas.
Interpretação	Este indicador é apresentado em dias. Representa a média do tempo de internação dos pacientes no período de um mês. O tempo médio de internação pode variar devido ao tipo de internação, a complexidade do atendimento, a faixa etária e comorbidades clínicas. Espera-se que este indicador esteja abaixo da meta. Em hospitais que internam predominantemente pacientes agudos, a média de permanência varia entre 3 e 5 dias. Metas recomendadas de acordo com o porte do hospital⁴: Porte I (pequeno porte) – 2 a 3 dias. Porte II (médio porte) – 3 a 4 dias. Porte III (grande porte) – 4 a 5 dias.
Validação	São validados o numerador e denominador do indicador conforme descrito nas respectivas fichas técnicas. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	- Ministério da Saúde. Taxa de ocupação operacional geral (E-EFI-01). V1.01. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2012. 4p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-01.pdf. Acesso em: 01/04/2016. - Brasil. Portaria n.º 1101/GM, 2002. Parâmetros Assistenciais do SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html. Acesso em: 01/04/2016. - ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP. 8ed. São Paulo: 2016. 132p. - Ministério da Saúde. Média de permanência geral (E-EFI-05). V1.02. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2013. 5p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf. Acesso em: 01/04/2016.

Nome do indicador	Taxa de Pacientes Residentes na Instituição
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Soma do número de pacientes residentes no período}}{\text{Soma do número de saídas hospitalares no período}} \times 100$
Unidade de medida	%
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Conceituação	Paciente residente: paciente com permanência em leito operacional da Unidade de Internação maior ou igual a 90 dias. <u>Definições relacionadas:</u> Leito Operacional: Leito ocupado ou passível de ocupação na Instituição. É calculado pela fórmula: <i>Leitos instalados – leitos bloqueados</i>. Leitos instalados: Todos os leitos de Internação da Instituição. Leitos Bloqueados: Leitos que, mesmo que momentaneamente, estão impossibilitados de uso por isolamento de contato de paciente ou manutenção.
Numerador	É a somatória do número de pacientes residentes em leitos de Internação da Instituição no período. O número de pacientes residentes é contabilizado no dia 01 de cada mês.
Denominador	É o somatório das saídas hospitalares no período. Critérios de inclusão: • Alta (curado, melhorado ou inalterado); • Evasão; • Desistência do tratamento; • Transferência externa; • Óbito. Critério de exclusão: • Não há.
Coleta de dados	Numerador: <u>Passo 1:</u> são contados todos os pacientes residentes na Instituição em cada dia hospitalar. <u>Passo 2:</u> são somados todos os pacientes residentes na Instituição no período. Denominador: <u>Passo 1:</u> são contados todas as saídas hospitalares dos pacientes internados em leitos operacionais¹ durante o período. <u>Passo 2:</u> são somados todas as saídas no período. Registro: A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual conforme estrutura disponível na Instituição.
Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Inversamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (Benchmark).
Benchmark	Média anual de 2015: 0,7% (ANAPH, 2016) ¹ .
Importância do indicador	Mostra a quantidade de pacientes residentes no hospital, com internação muito prolongada (acima de 90 dias).
Interpretação	Hospitais que apresentem esse percentual acima da média terão limitação para admitir um número maior de pacientes, com impacto sobre o giro de pacientes por leito. Ações com o objetivo de desospitalizar os pacientes precisam ser implementadas nesses casos.
Validação	Se a geração do dado for automática, pode ser validado pela contagem manual de todos os pacientes residentes e saídas do mês. Os resultados serão somados no final do mês. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos no Sistema informatizado e na contagem manual. Se a coleta de dados for manual, pode ser validada pela contagem do número de pacientes residentes e número de saídas por dois avaliadores independentes. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos nas duas contagens. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP . 8ed. São Paulo: 2016. 132p.

Nome do indicador	Taxa de Ocupação do Centro Cirúrgico
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Tempo total de uso das S.C.} + \text{Tempo total de higienização das S.C.}}{\text{Tempo total de disponibilidade do Centro Cirúrgico para cirurgias}} \times 100$
Unidade de medida	%
População-alvo	Todas as cirurgias agendadas e realizadas no Centro Cirúrgico da Instituição.
Conceituação	Mensura uso da capacidade instalada do Centro Cirúrgico da Instituição. É representado como taxa, pois avalia a razão entre o total de tempo utilizado sobre o total de tempo disponível para procedimentos cirúrgicos. <u>Definições relacionadas:</u> Sala Cirúrgica: sala localizada no Centro Cirúrgico da Instituição onde são realizados procedimentos cirúrgicos. Tempo Total de Uso das Salas Cirúrgicas (S.C.): tempo (minutos) decorrido do início até o final a cirurgia. Tempo total de limpeza das Salas Cirúrgicas (S.C.): tempo (minutos) decorrido do início até o final da higienização da sala cirúrgica.
Numerador	É a somatória do tempo total de uso das Salas Cirúrgicas com o tempo total de higienização das Salas Cirúrgicas.
Denominador	É representado pelo tempo total de disponibilidade das Salas Cirúrgicas para a realização de cirurgias.
Coleta de dados	Numerador: Passo 1: são somados os tempos de todas as cirurgias realizadas nas salas do Centro Cirúrgico da Instituição a cada dia no período. Passo 2: são somados os tempos de higienização das salas do Centro Cirúrgico da Instituição a cada dia no período. Passo 3: São somados os tempos de cirurgias aos tempos de higienização das salas Cirúrgicas no período. Exemplo: Tempo de uso das Salas Cirúrgicas: dia 1 = 240 minutos, dia 2 = 360 minutos. Neste exemplo, o tempo total de uso das Salas Cirúrgicas no período de dois dias seria: 240+360 = 600 minutos. Tempo de higienização das Salas Cirúrgicas: dia 1 = 120 minutos, dia 2 = 150 minutos. Neste exemplo, o tempo total de higienização das Salas Cirúrgicas seria de: 120 + 150 = 270 minutos. Denominador: Passo 1: são somados os tempos de disponibilidade do Centro Cirúrgico da Instituição a cada dia no período. Exemplo: dia 1 = 720 minutos (12 horas), dia 2 = 720 minutos (12 horas). Neste exemplo, o tempo total de disponibilidade do Centro Cirúrgico no período de dois dias seria: 720+720 = 1440. Nota: Para o cálculo do tempo total de disponibilidade do Centro Cirúrgico não serão consideradas as Salas Cirúrgicas bloqueadas. A taxa de utilização das Salas Cirúrgicas, nos exemplos acima, seria calculada da seguinte forma: $= \frac{600 \times 270}{1440} \times 100 = 60,4\%$ Registro: A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual conforme estrutura disponível na instituição.
Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Diretamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (Benchmark).
Benchmark	Definir outras instituições de porte semelhante para comparação.
Importância do indicador	Avalia a eficiência da gestão do uso das Salas Cirúrgicas disponíveis na Instituição.
Interpretação	Taxa de utilização baixa indica ociosidade da capacidade instalada. A não realização dos procedimentos cirúrgicos pode ocorrer devido a problemas de infraestrutura ou processos, por exemplo: • Sala Cirúrgica em manutenção; • Falta de profissionais; • Atraso no horário de realização procedimento; • Erro no agendamento do procedimento cirúrgico.
Validação	Se a geração do dado for automática, pode ser validado pelo registro manual das cirurgias realizadas e agendadas no período. Os resultados de cada dia serão somados no final do mês. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de cirurgias realizadas e agendadas entre o sistema informatizado e a contagem manual. Se a coleta de dados for manual, pode ser validada pela contagem do registro de cirurgias realizadas e agendadas de dois avaliadores independentes. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de agendamentos e cirurgias realizadas nas duas contagens. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. Nepote, Maria Helena Aoki et al., Associação entre os índices operacionais e a taxa de ocupação de um centro cirúrgico geral . Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.17 no.4. 2009. 529-534.

Nome do indicador	Índice de Intervalo de Substituição
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Taxa de Desocupação} \times \text{Tempo Médio de Permanência em dias}}{\text{Taxa de Ocupação}}$
Unidade de medida	Dias
População-alvo	Pacientes internados na Instituição.
Conceituação	Este indicador é representado na forma de índice, pois relaciona o percentual de ocupação com a média de permanência (tempo). <u>Definições relacionadas:</u> Taxa de desocupação: Representa o percentual de leitos operacionais vagos no período. Calculado pela fórmula: $100 (\%) - \text{Taxa de Ocupação} (\%)^a$. Taxa de ocupação^a: Representa a relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia, num determinado período. Tempo médio de permanência^b: É a relação numérica entre o total de pacientes-dia num determinado período, e o total de saídas no período. ^aNota: Ver indicador de taxa de ocupação. ^bNota: Ver indicador de tempo médio de permanência.
Numerador	É representado pela relação do percentual de desocupação da Unidade de Internação com o tempo médio de permanência de pacientes internados na Unidade de Internação.
Denominador	É a taxa de ocupação do Hospital no período.
Coleta de dados	Numerador: <u>Passo 1:</u> são contados todos os pacientes internados em cada dia hospitalar através da realização de censo diário. <u>Passo 2:</u> são somados todos os pacientes internados a cada dia no período selecionado. Ex: dia 1 = 34 pacientes-dia, dia 2 = 41 pacientes-dia. Neste exemplo, o cálculo do paciente-dia no período de dois dias seria: $34+41 = 75$ pacientes-dia. Exemplo: Hospital com 50 leitos, com média de permanência de 7 dias e taxa de ocupação de 85%. Taxa de desocupação = $100 - 85 = 15\%$. O índice de intervalo de substituição, no exemplo acima, seria calculado da seguinte forma: Índice de Intervalo de Substituição = $\frac{15 \times 7}{85} = 1,24$ dias. Registro: A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual conforme estrutura disponível na instituição.
Alimentação	Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência	Mensal
Direção	Diretamente
Meta	A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (Benchmark).
Benchmark	Média anual de 2015: 1,1 dias (ANAPH, 2016) ³ .
Importância do indicador	Assinala o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação do processo de trabalho dos colaboradores das unidades de internação hospitalar.
Interpretação	Tempos elevados significam ociosidade de capacidade instalada, pois nesse intervalo não há paciente utilizando o leito hospitalar, sendo necessário avaliar possíveis ineficiências nos processos de admissão e alta hospitalar.
Validação	São validados o numerador e o denominador do indicador conforme descrito nas respectivas fichas técnicas. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica	1. Zucchi, Paola et al. <i>Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo</i>. Volume 4 Número 5. Revista Panamericana de Salud Pública. 1998. 311-316. 2. Ministério da Saúde. <i>Conceitos e definições em Saúde</i>. Brasília: Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. 1977. 39p. 3. ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. <i>Observatório ANAHP</i>. 8ed. São Paulo: 2016. 132p.

Nome do indicador		Índice de Renovação ou Índice de Giro de Leitos
Fórmula de cálculo		$\frac{\text{Número de saídas no período}}{\text{Média do número de leitos operacionais no período}}$
Unidade de medida		Paciente por leito.
População-alvo		Pacientes internados na Instituição.
Conceituação		É a relação entre o número de pacientes que saíram do hospital (altas e óbitos) durante determinado período e o número de leitos postos à disposição, no mesmo período. Representa a utilização do leito hospitalar durante o período considerado¹. <u>Definições relacionadas:</u> Leito Operacional: Leito ocupado ou passível de ocupação na Instituição¹. É calculado pela fórmula: <i>Leitos instalados – leitos bloqueados</i>. Leito Instalado: Todos os leitos da Instituição. Leito Bloqueado: Leitos que, mesmo que momentaneamente, estão impossibilitados de uso por isolamento de contato de paciente ou manutenção. <u>*Nota técnica:</u> Inclui o leito extra que estiver sendo utilizado.
Numerador		É o somatório das saídas hospitalares no período de um mês. Critérios de inclusão: - Alta (curado, melhorado ou inalterado); - Evasão; - Desistência do tratamento; - Transferência externa; - Óbito. Critério de exclusão: - Não há.
Denominador		É a média do número de leitos operacionais por dia no período de um mês.
Coleta de dados		Numerador: <u>Passo 1:</u> são contados todas as saídas hospitalares dos pacientes internados em leitos operacionais¹ durante o período selecionado. <u>Passo 2:</u> são somados todas as saídas no período selecionado. Denominador: <u>Passo 1:</u> são contados todos os leitos operacionais por cada dia hospitalar através da realização de censo diário. <u>Passo 2:</u> são somados todos os leitos operacionais em cada dia em um determinado período. <u>Passo 3:</u> Calcula-se a média de leitos operacionais para o período. Exemplo: dia 1 = 62 leitos, 2 bloqueados por isolamento, total de leitos operacionais: 62 – 2 = 60 leitos operacionais. Dia 2 = 62 leitos, 1 bloqueado por manutenção, total de leitos operacionais ficaria: 62 – 1 = 61 leitos operacionais. Média de leitos operacionais no período: $\frac{60+61 \text{ leitos}}{2 \text{ dias}} = 60,5 \text{ leitos}$. Registro: A coleta dos dados pode ser informatizada ou manual conforme estrutura disponível na instituição.
Alimentação		Automática (Informatizada) ou Manual
Frequência		Mensal
Direção		Diretamente
Meta		A meta será definida conforme perfil da Instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante (Benchmark).
Benchmark		Média anual de 2015: 5,6 pacientes (ANAPH, 2016) ³ .
Importância do indicador		Mostra a eficiência do uso da capacidade instalada, indicando quantos pacientes utilizaram o mesmo leito no período de um mês.
Interpretação		Valores abaixo do esperado indicam uso ineficiente da capacidade instalada e ações precisam ser tomadas para resolver o problema. Paralelamente, é esperado observar aumento do Tempo Médio de Permanência, que também é um indicador de eficiência do uso dos leitos.
Validação		Se a geração do dado for automática, pode ser validado pela contagem manual das saídas do período e do número de leitos operacionais do período. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos no Sistema informatizado e na contagem manual. Se a coleta de dados for manual, pode ser validada pela contagem do número de saídas e número de leitos operacionais por dois avaliadores independentes. Espera-se uma concordância acima de 90% entre o número de pacientes obtidos nas duas contagens. Será realizada no momento da elaboração do indicador, sempre que houver mudança na descrição do indicador ou quando julgar-se necessário, devido à inconsistência dos resultados.
Referência bibliográfica		- Zucchi, Paola et al. <i>Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo</i>. Volume 4 Número 5. Revista Panamericana de Salud Pública. 1998. 311-316. - Ministério da Saúde. <i>Conceitos e definições em Saúde</i>. Brasília: Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. 1977. 39p. - ANAPH - Associação Nacional de Hospitais Privados. <i>Observatório ANAPH</i>. 8ed. São Paulo: 2016. 132p.

Anexo 4 | Sugestão de Ferramenta para o Apoio à Elaboração do Plano de Ação para Implementação do NIR – Modelo 5W2H

Ferramenta de qualidade 5W2H - (EBRAE)					
Problema:					
Situação Desejada:					
O que?	Como?	Quem?	Quando?	Por que?	Quanto?

Fonte: <https://pt.scribd.com/doc/104886400/Ferramenta-de-Qualidade-5W2H-SEBRAE>.
<http://info.endeavor.org.br/ferramenta-5w2h>

